Numéro : 10 CENTIMES — N° 60 — 25 Juillet 1896 — 7 FRANCS par An.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

ABONNEMENTS :
...partements. . . . . 7 fr.
. . . . . 10 fr.
...ements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION
...ES CARRÉ, ÉDITEUR
...RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE

F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL
Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

...LATENTS DE L'ESTOMAC, par M. le ...ur DIEULAFOY 353
...AGNOSTIC DE LA FIÈVRE TYPHOIDE, ...CATION DU PROCÉDÉ DE M. WIDAL, ... NICOLLE et A. HALIPRÉ. 354

ANALYSES

...ogie : De l'infection généralisée par l'œdème ...a suite de l'application de sangsues, par M. PA... — De la nature et de la toxicité des bactéries ...ntes du lait, par M. A. LUBBERT 354
... : Purpura avec hématomyélie et hématura... W. STEFFEN 355
...e : Traitement des fistules vésico-vaginales, PHÉNOMÉNOFF. — Un cas d'abcès de l'épigastre ...é par le bactérium coli commune, par M. BUCCA... Nouveau procédé de cure radicale de la hernie par H. DELAGÉNIÈRE. 355
... des enfants : Absence et oblitération congé... ...e la vésicule et des voies biliaires, par M. O. 555
...ologie : L'opération du strabisme. — Un Nou... ...cédé d'avancement musculaire, par M. E. VA... — Le sclérome de la conjonctive tarsienne, par ...TSKX 356
...utique et Matière médicale : Le climat ...ides dans le traitement de la phtisie pulmonaire, ... RADOVICI. 356

...faute dans la stérilisation du lait qui ...re l'origine de diarrhées estivales gra... ...r M. A.-B. MARFAN CCXCIX

SOCIÉTÉS SAVANTES

...de chirurgie : Traitement du cancer du rectum, ...cu. MM. CHAPUT, BAZY, ROUTIER, RECLUS, TUF... ...RGER, QUÉNU. — Pied-bot varus équin congéni... ...téré. Large tarsectomie. Guérison, M. KIRMISSON. ...tement des kystes séreux du cou chez l'enfant, ...CHÈRE CCXCIX
...médicale des hôpitaux : Hystérie chez un ...n, M. H. LEMOINE. MM. HANOT, HAYEM. — ...agnostic de la fièvre typhoïde, M. ACHARD, MM. ...E, F. WIDAL, MÉNÉTRIER, SIREDEY, HAYEM. ...e hydatique du foie, laparotomie, mort rapide, ...ENDRE. MM. RENDU, HANOT, COMBY, SIREDEY. ...ilisation du lait, M. MARFAN. — Rayons X., ...REAN. — Classement des variétés anatomiques ...strites, M. HAYEM CCC
...anatomique : Epithélioma kystique de l'o... M. VANVERTS. — Ostéite tuberculeuse du tibia et ...ur, M. LARDENNOIS. — Lipome du cordon, M. ...AIRE. — Hernie de l'S iliaque, M. MAUCLAIRE. — ...re du fémur, M. MORESTIN. — Pseudarthrose de ...icule, M. MORESTIN. — Anomalie musculaire, ...RESTIN. — Tuberculose du sacrum, M. ARDOUIN. ...stose symétrique des fémurs chez un syphilitique ...aire, M. LABBÉ. — Carcinome kystique des deux ... M. Lavillauroy. — Pleurésie purulente médias... ...pneumocoques, MM. THOINOT et GRIFFON. — Can... ...l'estomac, cancer secondaire de l'intestin, M. LE... CCCII
...de médecine légale : Difficultés créées par ...tance publique aux médecins experts pour leurs ... examens dans les hôpitaux, M. VIBERT, MM. LEFAIL, POUCHET. CCCII
Société médico-chirurgicale : Nouveau cas de bronc... ...cho-pneumonie, d'une exceptionnelle gravité, traitée avec succès par la pilocarpine à haute dose, M. POU... LET. — Du traitement des diarrhées chroniques non tuberculeuse (diarrhées glaireuses) chez l'enfant par l'entéroclyse, M. H. DAUCHEZ. CCCII
Sociétés étrangères : Italie. CCCIV

Répertoire thérapeutique CCCIV

HOPITAUX

Concours des Hôpitaux (2e Chirurgie). — Ont obtenu :

Séance du 22 Juillet.

MM.		MM.	
Rieffel	19	Villemin	19
Chevalier	16	Thiéry	16

Le concours vient de se terminer par la nomination de MM. Rieffel et Villemin.

NOUVELLES

Société de chirurgie. — *Ordre du jour de la séance du 29 Juillet 1896. — Discussion* : Suite de la discussion sur le cancer du rectum.
Rapport : Sur une observation de contusion du foie, par M. Faure; rapport, par M. Walther.
Communication : De l'anastomose intestinale, d'après le procédé de M. Souligoux, par M. Picqué.

Prix : — 1° Sujet proposé pour le prix Gerdy : *Des névrites périphériques au point de vue chirurgical*;
2° Sujet proposé pour le prix Demarquay : *De l'intervention chirurgicale dans les gangrènes pulmonaires.*
Les mémoires manuscrits doivent être envoyés au secrétariat de la Société de chirurgie avant le 1er novembre 1897.

ELECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE. — M. Lejars a été élu membre titulaire de la Société de chirurgie, dans la séance du 22 Juillet.

Société médico-psychologique. — Prix proposés pour l'année 1897 :
Prix Aubanel, 2,000 fr. — Les auto-intoxications dans leurs rapports avec les délires.
Prix Belhomme, 600 fr. — Du langage chez les idiots.
Prix Esquirol. — Ce prix, de la valeur de 200 francs, plus les œuvres d'Esquirol, sera décerné au meilleur manuscrit sur un point de pathologie.
Prix Moreau (de Tours). — Ce prix, de la valeur de 200 francs, sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1895 et 1896, devant les Facultés de médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale ou nerveuse.

Centenaire de la Faculté de médecine de Paris (1794-1894). — Dans sa séance du 13 Décembre 1894, le Conseil de la Faculté de médecine de Paris, a décidé qu'en souvenir du centenaire de la création (1794-1894), il serait publié un livre spécial, dans lequel seraient consignés les événements principaux qui, depuis un siècle, ont marqué la vie de la Faculté. Il a décidé également que les portraits des professeurs, qui lui avaient appartenu, seraient joints à l'ouvrage.
Le Conseil a confié la rédaction de ce volume à M. le docteur Corlieu, bibliothécaire-adjoint de la Faculté, dont les travaux, depuis plus de vingt ans, ont eu pour objet l'histoire de la Faculté de médecine. De plus, il a chargé une Commission de surveiller la publication du livre et d'en régler les détails. Cette Commission était composée de M. Brouardel, doyen de la Faculté, et des professeurs Baillon et Laboulbène. Après la mort de notre regretté collègue M. Baillon, survenue le 18 Juillet 1895, M. Pouchet l'a remplacé.
Les éditeurs des ouvrages de médecine, avec une libéralité qui leur fait grand honneur, ont proposé au Conseil de la Faculté, qui a accepté, de faire paraître ce volume à leurs frais.
Ce volume paraît aujourd'hui. C'est un in-4° de V-606 pages, imprimé par l'Imprimerie nationale, et qui est accompagné d'un album de 130 portraits des professeurs de la Faculté, reproduits d'après des documents authentiques.

VARIÉTÉS

Il existe, en Ecosse, un médecin, M. Harrey, dont la clientèle est très étendue. Ses journées se passent à parcourir, en carriole, les localités où se trouvent ses malades, et qui sont parfois fort éloignées de l'endroit qu'il habite. Aussi a-t-il l'habitude, chaque jour, d'emporter avec lui plusieurs pigeons voyageurs. En cas d'urgence, le bon docteur en lâche un, porteur d'une ordonnance.
Dès que le pigeon est arrivé au colombier, un domestique du docteur regarde sous les ailes et prend l'ordonnance qu'il apporte aussitôt chez le pharmacien, puis il se rend avec le médicament chez le malade.
M. Harrey a l'habitude aussi de laisser un ou plusieurs de ses pigeons chez les personnes dont l'état peut s'aggraver à tout instant. En cas d'urgence, un pigeon est lâché et le docteur accourt immédiatement.

LES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE ÉTRANGERS

Les recteurs viennent de recevoir la circulaire suivante :

Paris, le 21 Juillet 1896.

Monsieur le recteur,

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance les mesures que j'ai décidées au sujet des étudiants en médecine étrangers.
Les services et laboratoires de nos facultés de médecine continueront de rester grands ouverts, et sans condition, aux médecins étrangers, qui, leurs études terminées dans leurs pays respectifs, viennent en France pour se perfectionner dans telle ou telle branche de leur art.
Quant aux jeunes gens, chaque année plus nombreux, qui viennent de l'étranger en France pour y commencer et y poursuivre les études médicales, il y a lieu de distinguer entre ceux qui ont l'intention de s'établir en France pour y exercer la médecine, et ceux qui se proposent, leurs études terminées, de retourner dans leur pays d'origine.
Pour les premiers, il est juste de les astreindre aux mêmes conditions que nos étudiants nationaux. Ils ne recevront donc le diplôme d'Etat, conférant le droit d'exercer la médecine en France, que si, au moment de leur première inscription, ils justifient du diplôme français de bachelier de l'enseignement classique (lettres-philosophie) et du certificat de sciences physiques, chimiques et naturelles.
Pour les autres, qui sont d'ailleurs de beaucoup les plus nombreux, il continuera de leur être accordé comme par le passé, et plus largement encore, dispense du baccalauréat français en vue de l'inscription dans les univer-

...CHY-CÉLESTINS
...rophosphate de chaux Freyssinge.
...-Verne contre maladies du foie, dyspepsies, ...e, fièvres intermittentes, cachexies paludéennes.
RÉVEILLE Véritable eau de régime des faibles et des convalescents.
...AMELINE-ROYA : *Tonique vasculaire.*

Phospho-Glyco-*Glycérophosphate de fer et Manganèse* FER CHEYNET
HAMAMELIDINE LOGEAIS
SPARADRAPS ANTISEPTIQUES DEBUCHY
BORICINE MEISSONNIER Antisepsie des muqueuses.
ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO
CARABANA — *Purge et Guérit.*

sités ; mais le diplôme qu'ils pourront recevoir à la fin du cours régulier des études ne leur conférera pas le droit d'exercer la médecine en France. Avis devra leur en être donné aux secrétariats des facultés au moment de leur inscription.

Les demandes de dispenses formées par les étudiants de cette dernière catégorie devront m'être adressées comme par le passé.

Les présentes mesures n'ont pas d'effet rétroactif et ne s'appliquent pas aux étudiants étrangers inscrits dans les universités en 1895-1896.

Il continuera d'être accordé, en vue des études médicales, des équivalences de baccalauréat aux étudiants originaires de pays auxquels nous lient, pour cet objet, des conventions internationales.

Recevez, Monsieur le recteur, l'assurance de ma considération distinguée.

Le Ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes.
A. Rambaud.

SUR UNE FAUTE
DANS LA STÉRILISATION DU LAIT
QUI PEUT ÊTRE L'ORIGINE DE DIARRHÉES ESTIVALES GRAVES

Par M. A.-B. MARFAN, Agrégé,
Médecin des hôpitaux.

Dans mes leçons sur l'*allaitement artificiel*, j'ai signalé les faits sur lesquels je viens aujourd'hui rappeler l'attention. S'il me paraît utile d'y revenir, c'est que, dans cette période de chaleur plus qu'à tout autre moment, ne pas les connaître peut avoir des conséquences funestes.

Une règle doit dominer, à mon sens, toutes les pratiques de stérilisation : *le lait doit être soumis à l'action de la chaleur le plus tôt possible après la traite*. C'est de la violation de cette règle qu'il s'agit ici.

Dans ces dernière semaines, j'ai été appelé à voir un assez grand nombre de nourrissons atteints de diarrhées toxi-infectieuses, fébriles, apyrétiques ou algides, mais toutes très graves. Dans quelques cas, il y avait eu violation grossière des règles de l'allaitement, et la genèse de la diarrhée n'était pas difficile à trouver. Au contraire, dans quelques autres, les enfants étaient alimentés très régulièrement avec du lait stérilisé dans le ménage, à l'aide des appareils de Soxhlet ou de Gentile ; la stérilisation était effectuée par la mère, qui y apportait le plus grand soin ; on s'étonnait donc de l'apparition d'une diarrhée grave. Pourtant une faute avait été commise ; car, voici ce que m'apprit une enquête que je pus mener à bien dans 3 cas. Le lait était acheté le matin, entre 7 heures et 8 heures, à une crèmerie voisine ; il était payé plus cher que le lait ordinaire, le crémier garantissant sa fraîcheur et sa bonne qualité ; aussitôt acheté, il était soumis à l'action de la chaleur. Ce lait était arrivé chez le crémier vers 6 heures du matin, venant d'une grande gare de Paris. Il avait donc voyagé la nuit, et il avait donc été trait la veille ; effectivement, il fut possible d'apprendre qu'il avait été recueilli la veille, vers 4 heures de l'après-midi. *Seize heures* s'étaient donc écoulées entre la traite et le chauffage : c'est beaucoup plus qu'il n'en faut pendant l'été et par les temps orageux, pour que le lait ait le temps de s'altérer. Après ce délai, on a beau le soumettre à l'action de la chaleur : on détruit les ferments, on ne détruit pas les produits de la fermentation, et on fait prendre au nourrisson un lait déjà corrompu.

Je crois donc utile de rappeler les règles que j'ai établies pour le choix d'un procédé de stérilisation par la chaleur.

Êtes-vous dans le voisinage d'une source de lait qui offre les garanties désirables, et pouvez-vous soumettre le liquide à l'action de la chaleur quelques instants après la traite? Usez alors de la méthode de Soxhlet, ou usez de l'ébullition, qui est presque aussi bonne, si vous assurez la parfaite propreté des vases, des biberons et des tetines ; dans les deux cas, que le lait soit consommé dans les vingt-quatre heures. Mais êtes-vous éloigné de la source du lait et ne pouvez-vous soumettre le liquide à l'action de la chaleur que plusieurs heures après la traite, repoussez la méthode de Soxhlet, repoussez l'ébullition. Alors, la seule ressource possible, c'est le lait stérilisé dans l'industrie. Ce lait, soumis au surchauffage aussitôt après la traite, se conserve bien pendant plusieurs jours.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

22 Juillet 1896.

Traitement du cancer du rectum. — M. Quénu. Je ne veux pas traiter à fond la question du cancer du rectum que j'ai déjà abordée à propos d'un rapport sur un travail de M. Gaudier, de Lille ; j'ai longuement alors discuté les indications et contre-indications opératoires d'une part et, d'autre part, les difficultés et la nécessité d'obtenir un certain degré d'asepsie dans les opérations qui s'adressent aux cancéreux du rectum, insistant également sur le mauvais état général des malades que nous avons à opérer. La conclusion, qui se dégage d'elle-même de ces considérations, était que l'extirpation du cancer du rectum est encore, à l'heure qu'il est, malgré les perfectionnements apportés à la technique opératoire, une opération grave.

Ces conclusions sont complètement en désaccord avec celles de M. Chaput. Notre collègue dit en effet : « Je crois que l'opération de Kraske, faite avec soin, est peu dangereuse. » Il base son affirmation et sur sa statistique et sur l'interprétation de sa statistique, « la mortalité tombant à 0 », dit-il, quand on examine les faits de près.

J'avoue que ma statistique personnelle ne me conduit pas à une pareille affirmation. J'ai retrouvé les observations de 13 malades opérés pour des cancers du rectum. J'ai eu recours, dans 2 cas, à l'extirpation par la voie vaginale ; dans un cas, à l'opération parasacrée ; dans un cas à l'opération ano-périnéale ; dans 9 cas à l'opération de Kraske, plus ou moins modifiée ; mais je qualifie de Kraske toute extirpation dans laquelle l'opération préliminaire a porté sur le coccyx et une portion du sacrum, quelles que soient la conduite suivie ultérieurement et le tracé de l'incision. Ces opérations ont été faites soit à l'hôpital, soit en ville ; deux des malades m'avaient été confiés par M. Terrier. Tous ces cas, sauf un seul, où le néoplasme n'embrassait pas toute la circonférence du rectum et où j'ai fait l'incision parasacrée de Zuckerkandl, s'adressaient à des cancers à limite élevée, occupant et dépassant même pour la plupart l'épaisseur des parois rectales. Dans deux cas seulement, j'ai conservé le sphincter et fait un Hochenegg ; dans les dix autres, l'extirpation a été totale et j'ai dû pratiquer non la résection, mais l'amputation du rectum.

Sur 13 opérations j'ai eu 5 morts, soit une mortalité de 38 pour 100 ; je porte au nombre des morts par l'opération l'observation d'un malade qui succomba, deux semaines après l'intervention, à des accidents d'affaissement, d'asthénie nerveuse, la plaie étant du reste en bonne voie de cicatrisation et n'ayant présenté aucune complication. Une fois la mort est survenue par gangrène du bout supérieur fixé en anus sacré ; dans les 3 autres cas, elle a succédé à des accidents septicémiques, sans péritonite, du troisième au sixième jour après l'opération.

Assurément, nous avons l'espérance de voir notre statistique s'améliorer ; d'une part, parce qu'instruits par nos faits personnels et ceux des autres, nous perfectionnons notre technique, et surtout parce que nous choisirons mieux nos cas, pensant devoir désormais abandonner à l'anus iliaque les malades que nos premières audaces avaient espéré radicalement guérir.

Malgré tout, nous faisons des réserves expresses sur le pronostic opératoire du cancer du rectum, et ici nous sommes en bonne compagnie avec Ball, avec Hochenegg, avec ceux mêmes qui ont obtenu les meilleurs résultats. Quoi qu'on fasse, il y aura toujours des mécomptes.

D'ailleurs, la statistique de M. Chaput ne lui donne pas le droit de conclure à la bénignité opératoire du cancer rectal.

Notre collègue nous présente 10 cas. Qu'il nous permette d'abord de lui faire remarquer que 2 sont relatifs à des cancers de l'anse oméga ; tous deux, du reste plus ou moins tardivement, se sont terminés par la mort : l'un, par suite d'une opération complémentaire, la fermeture de l'anus iliaque, l'autre deux mois après, par le fait d'une diarrhée qui a commencé de paraître immédiatement après l'intervention.

Il lui reste donc 8 cancers du rectum avec 2 morts, soit une mortalité de 25 pour 100. Je sais bien que l'une de ces morts est attribuée à l'éther. La lecture de l'observation ne m'a pas convaincu. Nous avons tous vu mourir avec un pouls rapide, sans fièvre et avec de l'oppression, des malades qui n'avaient rien autre chose que de l'infection suraiguë par du bacterium-coli. Je trouve déjà, je le proclame, sa statistique très satisfaisante.

Je sais encore que certaines statistiques étrangères sont plus encourageantes que les nôtres. J'en
une partie à un travail assez complet de Stierli
en 1889.

La meilleure est celle de Czerny : 25 opération
soit 4 pour 100.

La plupart sont loin de nous fournir une a
proportion de su cès : les très bonnes, comme
Kronlein, de Bœckel, de Bergmann, nous donn
et 12,5 pour 100.

La plupart oscillent entre 20 et 25 pour 1
celles d'Hochenegg, 20 pour 100 (ses 12 dernié
tions lui ont, il est vrai, donné 12 succès);
Kœnig, 23,5 pour 100; celles de Ball [2], 23 po
laisse de côté celles de Rose, 53 pour 100; d
39,3 pour 100; de Kuster, 35 pour 100, qui r
des opérations de date trop ancienne.

Je ne crois pas être contredit par la majori
collègues, en craignant que l'opération pour
rectal ne demeure une opération grave.

Je ne me sentirais, pour ma part, nullemen
d'affirmer, qu'ayant un rectum cancéreux à e
vais faire une opération bénigne.

Il existe, je l'accorde et je viens de le mo
différences très grandes dans la statistique d
giens ; mais remarquez que le nombre total d
tions est relativement peu élevé pour chaq
teur. Des spéciali-tes, tels que Ch. Ball, nous f
13 cas d'extirpation : les chiffres proportionné
cités plus haut, s'appliquaient à la totalité d
25 cas ; la statistique de M. Chaput porte sur
mienne, sur 13 ; il suffit de 2 ou 3 cas diffi
limite opératoire, pour surcharger une stati
rendre inférieure aux autres et vicier, par suit
portions réelles de succès ou d'insuccès de ch

Je ne puis me défendre d'insister ici, espéra
quelque écho au-dehors, sur la nécessité, sur
pour tout médecin, de pratiquer le toucher
qu'un malade accuse quelque gêne ou quelq
fonctionnel de ce côté.

Les médecins de notre pays me paraissent
ticulièrement quelque hésitation, sinon quel
gnance, à faire cette exploration ; je le dis, pa
vois fréquemment, depuis quelques années, d
qui perdent du sang par l'anus depuis des
qu'aucun toucher ait jamais été effectué. J'ai
cette année, près de vingt cancers du rectum.
lement m'ont paru passibles d'une interven
cale, et encore leur mal était-il très avancé
général mauvais.

Un *diagnostic précoce*, tel est donc, à mon se
mier et le meilleur moyen d'améliorer nos rés

Au point de vue d'une détermination opé
devra se guider non sur le seul siège en hau
sur l'extension en épaisseur, sur la limitation
non-limitation, aux parois rectales, en parti
les adhérences à la vessie, à la prostate, au sa
l'envahissement des fosses ischio-rectales.
général du malade doit aussi tenir une gra
dans nos préoccupations. Il est de ces malades
quels une intervention, relativement minime,
des accidents mal déterminés, qualifiés jadis
et qui ne sont que de l'infection sans réacti
sans autre réaction générale que de la petitesse
l'affaissement, puis la mort. J'ai observé des fai
ment analogues chez certains malades atteint
de la langue : j'ai le souvenir, entre autres, d'u
déprimé par des pertes d'argent, une situati
compromise, chez lequel j'enlevai sans opéra
minaire aucune, un petit épithélioma des bo
langue : par deux coups de ciseaux, je réunis
plaie. Le malade succomba en quatre jours, a
tant le tableau clinique que j'ai évoqué plus
opéré, il y a peu de temps, une malade d'un
végétante pédiculée du rectum. Le carré de
sur lequel s'insérait la végétation fut simplem
par les voies naturelles, et la réunion de la
faite comme nous le faisons dans les opérations
rhoïdes ; après trois ou quatre jours de vomis
d'intolérance absolue de l'estomac, le malad
d'asthénie, d'affaiblissement du pouls ; il mour
tième jour, sans élévation de température, san
rhagie, sans aucun signe localisé, sans réactio
nale quelconque. C'était un athéromateux dysp
quarante ans, amaigri, ayant perdu du sang,
à système nerveux déprimé ; l'intervention a é
et comparable, comme importance, à celle, je
que nous pratiquons pour des hémorrhoïdes. J
demandé si, en dehors des hémorrhagies, sou
abondantes d'ailleurs que présentent, au début
cers du rectum, il ne fallait pas invoquer co
cause de leur dépression, de leur manque de r
leur facilité à succomber, de l'infection même
atténuée, l'intoxication chronique qui résul
résorption, au niveau des surfaces malades et
des produits de la fermentation intestinale, d'a
cet état cachectique ressemble à celui qu'on
chez certains dyspeptiques chroniques, atteints
tipation invétérée.

Quoi qu'il en soit de l'hypothèse, nous devo

1. Stierlin. — *Beitrage zur klinischen Chir*
bingen, 1889.
2. *The rectum and anus*, 1894.

…ue beaucoup de ces malades sont dans un état qu… …re instable, de telle sorte sorte que, même avec … …on accessible et limitée, ils sont voués à des …s graves, si peu contaminés qu'ils soient. Peut-… …assurer absolument la non contamination? Je … aucun chirurgien l'affirmer. Je serai bref au … la technique opératoire, non que le sujet ne … un long développement, mais justement parce … entraînerait trop loin et qu'il y a tout intérêt à … les questions. Je me borne à insister sur la … de pousser aussi loin que possible les chances …rvation de la plaie de toute souillure Pour cela, … soit le tracé du lambeau adopté, il faut :

…ir soin d'enlever le segment rectal malade sans …au préalable;

…e les deux bouts avec des ligatures élastiques …te incision ;

…velopper les extrémités sectionnées de gaze …ée ;

…ener, *sans traction*, le bout supérieur, soit au …signé pour l'anus sacré, soit au contact du bout …;

…ser la plaie cutanée largement ouverte, et, en …uis pleinement d'accord avec M. Chaput ;

…n établir au préalable un anus iliaque.

…ande ici à insister sur quelques points.

…rte que le fonctionnement de cet anus soit tel …e matière ne passe du bout supérieur dans …r, qu'il y ait un bon éperon. Je me sers pour … du moyen suivant :

…avoir sorti largement l'S iliaque, en ayant soin …e traction ne s'exerce sur le bout inférieur, …re sur le rectum, je suture le mésentère de …côté au péritoine pariétal, puis, la situation …e ainsi assurée, je suture l'un à l'autre le cylindre …à l'inférieur de façon à les adosser comme …ons de fusil. Je suis d'avis de créer l'anus iliaque …même temps qu'on fait l'excise radicale, comme … non seulement deux jours d'avance comme …t, mais au moins une douzaine de jours avant …n curative ; il faut au moins cette période pour … je ne dirai pas l'asepsie du rectum, mais un …egré d'infection moindre ; il est bon de faire …emarquer, que le soulagement apporté par la …le permet de remonter les patients et de leur … quelques nuits de sommeil.

…erminer, j'invoque, en faveur de l'anus iliaque … un avantage se rapportant à l'étude plus pré… …indications opératoires.

…t arrivé, cette année, d'avoir à donner des soins …ente d'un de mes anciens élèves, atteinte d'un …u rectum, sur la limite de l'opérabilité. Dans …ude, je pratiquai toujours un anus iliaque, et, …ision, j'introduisis l'index aussi loin que pos… …côté de la concavité sacrée, et, spécialement, sur … postérieure du petit bassin. Il me fut possible …naître, en dedans de l'hypogastrique, un ganglion …nifestement néoplasique. Tout dernièrement, au …ne colostomie, j'ai retrouvé ce même ganglion, … fait sentir à mes élèves; il reçoit les lympha… …e l'ampoule rectale, et doit être des premiers …dans le cancer de cette ampoule; il a été, du …entionné dans certaines autopsies, par exemple, … observation (thèse de Payard, Lyon, 1891, n° 60). …n faite pour l'anus iliaque peut donc, en résumé, … ce supplément d'information clinique.

…erminer, je vais toucher à un dernier point, sur …ion désaccord avec M. Chaput est encore consi… …la question de la guérison définitive.

…es 8 opérés :

…ont eu de la récidive en moins d'un an ;

…pérée a succombé, un peu plus d'un an après …ou, à des accidents cérébraux, ne paraissant …en de commun avec une métastase;

…éré s'est suicidé six mois après l'opération ;

…alade opérée par voie vaginale, il y a quatre ans, …ux opérations successives pour récidive, et suc… …près de trois ans après la première intervention ;

…alade, opérée en Mars 1895, était encore bien …, il y a peu de temps ;

…péré le 18 Janvier 1895, et revu en Juin 1896, … aucune récidive ;

…lade opéré en Novembre 1890 et revu en Mai 1896, … ans et six mois après l'opération, ne présentait … récidive.

…sumé, sur 8 opérés, deux malades sont restés …idive depuis un an et demi environ; un malade …é sans récidive depuis cinq ans et demi.

… opérés, M. Chaput compte deux malades sans … depuis deux ans, et un depuis cinq ans ; il en … à 50 pour 100 de guérison définitive.

…rd, convient-il de conclure à une proportion de … 100, en se basant sur 6 cas? Et ensuite, allons-…oire à l'absence de récidive, à la guérison radi… …arce que deux ans et même cinq ans se sont …? Nous n'en avons pas le droit.

…s'il est juste de dire, c'est que, contrairement au …lic décourageant et devant engendrer l'absten… … certains médecins, on peut opposer les guéri… …longue durée, tel le cas de cinq ans de M. Chaput, …ien de cinq ans et demi, tels ceux de Volkmann …s, cinq, six et huit ans, celui de Kocher de quatre …e. Ces survies, relativement longues, ne sont pas …minimes.

Billroth, cité par Stierlin, affirme que, sur 20 opérés, la plupart sont morts de récidive un an ou deux ans après, Volkmann [1], qui a peut-être les plus longues survies, croit que la récidive est plus tardive dans le cancer du rectum; mais, chez ses malades que je citais plus haut, la récidive survint trois, cinq et six ans après l'opération, et son malade opéré de huit ans, mourut d'un cancer du foie. Sur 66 cas opérés à la clinique de Göttingue, la moitié eurent des récidives après six mois; un tiers à la fin de la première année, 7 récidivèrent à la fin de la troisième année. On n'a donc pas le droit de dire que si un opéré du rectum n'a pas de récidive après deux ans, comme le dit M. Chaput, ou après trois ans, comme l'écrit Henck, la guérison peut être considérée comme définitive. Au rectum comme ailleurs, le cancer obéit aux mêmes lois d'envahissement et de généralisation.

La survie est liée au hasard des transmissions lymphatiques et des infections ganglionnaires. Hildebrand cite ce fait intéressant, c'est que sur les 13 cas opérés où le chirurgien pensait avoir enlevé totalement les ganglions, l'autopsie prouva le contraire. L'adénopathie est fréquente dans le cancer du rectum, comme dans les autres cancers, et l'extirpation complète de ces adénopathies est souvent impossible.

De tous ces faits que je me borne à énumérer, et de cette brève critique, il me semble ressortir suffisamment que, dans certains esprits, les espérances qu'aurait pu évoquer le travail de M. Chaput sont bien loin d'être réalisables. Je ne veux pas en conclure qu'il faille s'arrêter et désespérer. Arracher à leur fin lamentable un tout petit nombre de cancéreux du rectum me paraît déjà un résultat suffisant pour stimuler nos efforts et encourager nos recherches.

M. Chaput. Contrairement à M. Quénu, je pense qu'il faut pratiquer l'extirpation du cancer rectal peu de temps, c'est-à-dire deux jours en moyenne, après l'établissement de l'anus iliaque. En attendant dix à douze jours, comme le veut M. Quénu, on laisse affaiblir considérablement les malades, sans d'ailleurs désinfecter le bout inférieur qu'on ne fait que vider.

Enfin, comme M. Quénu, je crois l'exploration directe du bassin, au moment où l'on ouvre le ventre, pour établir l'anus iliaque, une excellente méthode à laquelle j'ai déjà eu recours.

M. Bazy. L'exploration du bassin, dont nous a parlé M. Quénu, me paraît à conseiller fortement. Pour ma part, j'y ai eu recours, il y a trois ou quatre mois, avec le plus grand profit.

M. Routier. Je ne puis admettre, avec M. Chaput, que l'anus iliaque affaiblisse les malades atteints de cancer rectal; tout au contraire, il les remonte. Récemment encore, je voyais un malade auquel j'avais fait, dix-huit mois auparavant, un anus iliaque pour cancer et qui s'était très bien porté jusque-là.

Quant à ce qui est de déterger le bout inférieur en deux jours, je trouve le délai très insuffisant.

M. Reclus. Je ne veux point revenir sur l'excellence de l'anus iliaque, qui a été proclamé hautement ici-même. Je dirai seulement que c'est à cette opération que j'ai recours le plus souvent, et que je n'extirpe plus que les cancers petits et mobiles. En fait de résultat éloigné d'extirpation du rectum, je ne puis rapporter qu'un seul cas de guérison, durant d'ailleurs depuis sept ans.

Quant à la désinfection du rectum, elle est toujours des plus longues.

M. Tuffier. Je suis de l'avis de MM. Routier et Reclus, sur les indications de l'extirpation et les avantages de l'anus iliaque. Relativement à ce dernier, il faut bien délimiter dans quelles conditions on l'établit. S'il s'agit d'une rétention complète aiguë, avec distension abdominale, on verra souvent les malades succomber rapidement, par affaiblissement progressif. Si, au contraire, il n'y a pas d'accidents de rétention, l'anus iliaque constituera une excellente opération.

Quant à l'exploration du petit bassin, au cours de la laparotomie, pratiquée lors de l'établissement de l'anus iliaque, c'est une excellente méthode d'exploration, que j'ai utilisée avec fruit.

M. Berger. Après l'extirpation du rectum, on voit survenir des accidents à marche très rapide, enlevant les malades dans les quarante-huit heures, essentiellement caractérisés par une petitesse extrême du pouls et un affaiblissement général. J'ai observé deux faits de ce genre et j'en rapporte la cause à l'intoxication iodoformée.

Relativement à la guérison radicale du cancer du rectum, je crois les cas de ce genre très rares. J'en ai cependant un qui date de quatre ans et dans lequel il s'agissait d'un cancer situé à plus de 5 centimètres de l'anus.

Enfin, avec MM. Routier, Reclus et Tuffier, j'insiste sur les bons effets de l'anus contre nature, qui amène la diminution et même la disparition des douleurs et des hémorrhagies.

M. Quénu. L'intoxication iodoformée peut d'autant mieux déterminer des accidents, que le rectum absorbe facilement; mais dans le fait que j'ai cité, à part un petit carré de gaze iodoformée très faible, je n'avais employé que de la gaze aseptique. On ne peut donc ici incriminer l'iodoforme.

1. D'après Stierlin.

La désinfection absolue du bout inférieur est évidemment impossible à obtenir par la création de l'anus iliaque. Les lavages suffisent d'autant moins qu'il existe, au niveau des ulcérations cancéreuses, de véritables fausses membranes gangrénées, de petits clapiers infectieux. Le curettage seul est efficace, et j'y ai recouru plusieurs fois, chez un même malade; à chaque curettage, les phénomènes infectieux qui nécessitaient l'intervention, disparaissaient rapidement.

J'ai essayé encore le carbure de calcium qui ne m'a pas donné de bons résultats.

Pied-bot varus équin congénital invétéré. Large tarsectomie. Guérison. — **M. Kirmisson** lit un rapport sur une observation de **M. Rochard.** Il s'agit d'un jeune homme de dix-neuf ans, atteint de pied-bot varus équin congénital invétéré, auquel M. Rochard enlève, le 18 Août 1895, pour remettre le pied en position normale, le scaphoïde, le cuboïde et les 2/3 antérieurs du calcanéum. Les suites furent des plus simples et le résultat immédiat bon. Le résultat définitif n'est pas connu.

M. Rochard insistant sur ce que l'âge du malade a été un des déterminants de son intervention, M. Kirmisson fait observer que cette raison n'est pas péremptoire, car il a obtenu, chez deux jeunes gens, d'excellents résultats durables par un simple Phelps, avec arthrotomie médio-tarsienne large, comme le montrent les photographies qu'il présente.

Traitement des kystes séreux du cou chez l'enfant. — **M. Verchère** lit une communication sur ce sujet.

F. Jayle.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

24 juillet 1896.

Hystérie chez un paludéen. — **M. G.-H. Lemoine** présente un malade hystérique, chez lequel les manifestations de la névrose semblent avoir été déterminées par le paludisme. Il s'agit d'un homme sans tare héréditaire, qui, au Tonkin, eut des accès de fièvre paludéenne et qui, lors de son retour en France, fut pris d'accès de hoquet et d'éructations, s'accompagnant de météorisme abdominal.

Ces accès n'ont aucune périodicité, ils surviennent très irrégulièrement, et chacun d'eux dure de dix minutes à un quart d'heure. De plus, un bégaiement léger, remontant à l'enfance, s'est accentué d'une façon notable. Le malade présente une hémianesthésie de toute la moitié droite du corps et du rétrécissement concentrique du champ visuel. Il n'a jamais présenté de grandes attaques convulsives. Un des points les plus intéressants de cette observation réside dans la localisation d'une zone hystérogène, située profondément au-dessous du rebord costal droit.

En appuyant profondément sur un point très limité de la région hépatique, on détermine un accès violent de hoquet, accompagné de tympanisme abdominal et d'éructations. La crise terminée, le malade est abattu, comme après une grande crise convulsive, pendant toute la journée. Il n'existe pas de zone semblable du côté gauche, où la pression profonde ne détermine qu'un peu de douleur. Cet homme a été traité dans différents hôpitaux pour congestion du foie d'origine paludéenne. Cet organe, d'ailleurs, déborde encore un peu les fausses côtes.

En face de cette particularité, il est permis de penser que la situation de cette zone hystérogène au niveau du foie est en rapport avec l'affection qui a été la cause provocatrice de la névrose. Il semble qu'il y ait là quelque chose d'analogue à la localisation de certaines manifestations hystériques, suivant l'intoxication ou l'infection qui leur a donné naissance. Seulement ici, ce n'est pas précisément la localisation d'accès convulsifs, mais plutôt la détermination d'une zone hystérogène spéciale qui paraît être le fait de l'impaludisme.

On peut regarder cette zone hystérogène hépatique, comme l'expression étiologique de l'élément infectieux qui a donné naissance à la névrose.

M. Hanot. Ces faits sont assez bien connus, quoique rares; ils sont décrits souvent sous le nom d'hystérie hépatique.

M. Hayem. A côté de ce cas, il me paraît intéressant de rappeler que j'ai publié, il y a quatre ans, une observation qui ressemble à celle-ci, par certains côtés, tout au moins. Il s'agissait d'une jeune fille, dont l'hystérie fut mise en évidence à l'occasion d'un tubage gastrique; on peut donc dire que cette malade présentait une zone hystérogène gastrique. Peu de temps après, cette malade eut une anorexie hystérique. Il semble donc que, dans ce cas, l'hystérie se localisa uniquement sur le tube digestif.

Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. — **M. Achard.** J'ai eu l'occasion d'appliquer le procédé de séro-diagnostic de M. Widal dans six cas, avec des résultats trois fois négatifs et trois fois positifs, mais confirmant toujours la valeur de ce procédé.

Parmi les cas négatifs, deux concernent des malades entrés avec des symptômes douteux; l'examen du sérum, fait immédiatement, a permis d'écarter l'hypothèse d'une fièvre typhoïde. Dès le lendemain, d'ailleurs, la fièvre était tombée, et ces malades ont quitté l'hôpital peu de jours après.

Le troisième cas est plus intéressant. Il est relatif à une enfant de seize ans, dont le père a été atteint simultanément d'une façon analogue et observé par M. Widal. Il y avait chez cette malade de quoi permettre l'hésitation : fièvre (39 degrés), céphalalgie, anorexie, un peu de stupeur, langue sèche, épistaxis.

Mais on ne trouvait pas de diarrhée, pas de taches, pas de râles dans la poitrine, et la courbe thoracique différait de celle de la fièvre typhoïde régulière. De plus, la disparition rapide de la stupeur, de la céphalalgie, l'absence de diarrhée, montraient bien qu'il s'agissait non d'une fièvre typhoïde, mais d'un embarras gastrique fébrile. Or l'examen du sérum, pratiqué dès le premier jour, et plusieurs fois renouvelé depuis, a permis d'éliminer d'emblée l'idée d'une fièvre typhoïde, conclusion identique à celle formulée par M. Widal, pour le frère de cette jeune malade.

J'arrive maintenant aux cas positifs. Pendant une rechute de fièvre typhoïde, après huit jours d'apyrexie, j'ai constaté, avec une intensité particulière, le phénomène de l'agglutination, observé par M. Widal, dans la première poussée fébrile chez le même sujet. Dans un autre cas, une malade, à qui un médecin de la ville avait dit qu'elle était atteinte d'une fièvre muqueuse, et qu'il fallait aller à l'hôpital pour être traitée par les bains froids, est entrée avec des symptômes mal accusés, mais avec une température élevée; deux jours plus tard apparaissait une angine avec exsudat. On aurait pu mettre en doute la nature des accidents observés en ville, et croire qu'il s'agissait seulement de troubles généraux, précurseurs d'une angine aiguë. Mais l'examen du sérum a permis de confirmer l'exactitude du diagnostic porté en ville. Il s'agissait d'une fièvre typhoïde légère, au cours de laquelle une angine intercurrente avait produit une exacerbation de la fièvre.

Le dernier cas est le plus démonstratif. Il concerne un homme de cinquante-six ans, entré avec une fièvre vive (40°,2) et une diarrhée modérée, mais sans stupeur ni adynamie, capable même de se lever. En raison de la persistance de la fièvre à type continu que ne justifiait aucune lésion d'organe, à cause aussi de la diarrhée, j'envisageai l'hypothèse d'une fièvre typhoïde, et j'examinai le sérum. Or le résultat fut positif. C'était là un cas difficile; le diagnostic de la fièvre typhoïde chez les sujets âgés est toujours chose délicate. La seule observation clinique n'eût conduit à ce diagnostic qu'avec bien des réserves. D'ailleurs, dans ce cas, j'ai fait aussi la ponction de la rate et j'y ai retrouvé, à l'état de pureté, le bacille d'Eberth. Aucun doute ne peut donc subsister sur la nature de la maladie, et ce fait montre bien la valeur du diagnostic par le sérum.

Si maintenant on compare le séro-diagnostic aux autres procédés de microbiologie appliquée à la clinique, tous les avantages sont en faveur de ce séro-diagnostic. La ponction de la rate n'est pas toujours possible ni peut-être inoffensive ; les cultures qu'elle fournit doivent ensuite être caractérisées, ce qui demande un certain temps. Quant au procédé d'Elsner, il exige aussi beaucoup plus de temps et de peine que le séro-diagnostic. Les colonies obtenues avec les selles ne peuvent pas être caractérisées seulement à l'œil nu, et, comme d'autres observateurs, j'ai vu que des colonies ressemblant à celles du bacille d'Eberth étaient, en réalité, formées par le coli-bacille, faisant fermenter la lactose. Enfin, la constatation récemment faite du bacille d'Eberth dans les selles de sujets bien portants, montre bien que ce n'est pas dans le contenu intestinal, c'est-à-dire à la surface interne de l'organisme qu'il importe de chercher la preuve de l'infection typhoïdique, mais bien dans l'intimité même de l'organisme, dans ses tissus ou dans ses humeurs.

C'est le sérum qui, de toutes les humeurs, paraît le mieux convenir. J'ai fait, avec M. Bensaude, quelques recherches sur la salive et l'expectoration bronchique chez des typhoïdiques ; il est nécessaire de filtrer ces liquides pour les examiner. Mais toujours le résultat a été négatif.

M. Lemoine. J'ai été à même d'étudier, il y a quelques jours, une petite épidémie de typhoïdette et d'embarras gastrique. L'épreuve du séro-diagnostic me fut, dans ces circonstances, d'une utilité incontestable. Voici d'ailleurs les faits :

1° Trois malades atteints de typhoïdette, et chez lesquels la clinique et le séro-diagnostic permirent d'affirmer l'infection eberthienne ;

2° Sept malades atteints d'embarras gastrique fébrile. Parmi ces derniers, un seul simula, par quelques symptômes, une dothiénentérie légère ; chez lui, l'épreuve du séro-diagnostic fut affirmative : et, de fait, une convalescence longue et pénible montra que, réellement, le bacille d'Eberth était la cause de cette pyrexie. Les six autres cas se comportèrent et évoluèrent comme de simples embarras gastriques, et l'épreuve du séro-diagnostic fut négative.

Voici donc des malades chez qui le séro-diagnostic, confirmant les résultats de l'examen clinique, permit de spécifier nettement de quelle infection il s'agissait, et quel était l'agent pathogène.

M. Fernand Widal. Les recherches que je poursuis sur le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde m'ont permis, à l'heure actuelle, de trouver la réaction caractéristique dans 14 cas personnels. J'ai examiné le sérum de 10 personnes guéries de la fièvre typhoïde depuis un temps variant de un an à dix-neuf ans. Je n'ai constaté l'action agglutinante du sérum que chez une personne guérie, depuis sept ans, d'une dothiénenterie grave. Je continue à multiplier les examens du sérum de personnes saines ou atteintes de maladies diverses ; jusqu'ici, les résultats ont constamment été négatifs.

Mes nouvelles observations m'ont fourni quelques documents sur la date d'apparition du phénomène et sur sa présence dans les formes peu graves de la maladie.

Chez quatre de mes nouveaux malades, arrivés à l'hôpital le huitième jour, le phénomène existait déjà. Chez un autre malade, j'ai pu assister à son apparition. Le sérum de ce malade, entré à l'hôpital le sixième jour, ne présentait pas encore la réaction. Le lendemain, septième jour, les amas n'apparaissaient pas encore immédiatement après le mélange du sérum et de la culture ; la réaction ne commençait à apparaître qu'après une heure de contact ; le surlendemain, huitième jour, elle était immédiate.

Chez un malade de M. Fernet, le phénomène existait déjà avec grande netteté, à l'entrée à l'hôpital, le cinquième jour. A cette date, le diagnostic clinique était des plus incertains ; les taches rosées ont apparu trois jours plus tard, et les symptômes d'une dothiénentérie grave se sont développés.

Ces quelques observations montrent déjà que la date d'apparition des phénomènes peut être variable d'un sujet à l'autre. Au point de vue pratique, elles nous permettent de retenir que, pour le diagnostic, on peut compter sur le phénomène à partir du septième ou huitième jour ; mais la réaction peut être sensible beaucoup plus tôt, puisque, dans le seul cas où il nous a été permis d'examiner le sang au cinquième jour, le phénomène existait déjà dans toute sa netteté.

J'ai examiné 11 malades entrant à l'hôpital avec de la fièvre, et avec un état général tel que le diagnostic pouvait être hésitant entre un embarras gastrique et une dothiénentérie commençante. Dans tous ces cas, l'examen répété du sang est toujours resté négatif. Chez la plupart de ces malades, la défervescence s'est faite rapidement et la justesse de l'indication fournie par la méthode s'est trouvée réalisée.

Dans un cas, la fièvre s'est prolongée, et, sans le séro-diagnostic, il eut été impossible pendant quelques jours de se prononcer entre une typhoïdette et un embarras gastrique fébrile. Il s'agissait d'un jeune homme de dix-huit ans, habitant Paris depuis quelques mois seulement, et entrant à l'hôpital pour de la céphalalgie, de la courbature, des douleurs abdominales et disant avoir souffert chez lui de diarrhée. La température, le jour de l'entrée, était à 39°.9 le soir ; mais elle tomba, les jours suivants, pour osciller entre 38 et 39 degrés. Pendant quelques jours, le diagnostic clinique eut penché vers une typhoïdette, d'autant plus qu'une sœur du malade était entrée à l'hôpital le même jour, pour des symptômes du même ordre, dans le service de M. Achard qui vient de vous rapporter son histoire. L'examen du sérum pratiqué treize jours de suite est resté constamment négatif. Pour contrôler, dans ce cas si douteux, la valeur du séro-diagnostic, j'ai ensemencé une goutte de sang retirée de la rate et n'ai obtenu que des cultures de staphylocoques blancs ; il ne s'agissait donc pas de dothiénentérie.

Dans les formes peu intenses de la fièvre typhoïde, le phénomène peut également être mis en évidence. Chez un malade de M. Fernet, ne présentant que des symptômes atténués et dont la température a constamment oscillé entre 38 et 39 degrés pour ne s'élever que rarement à 39°,5, l'agglomération des bacilles d'Eberth, par le sérum, était très manifeste.

Ces faits montrent que le séro-diagnostic peut servir à différencier les typhoïdettes des maladies dites embarras gastriques fébriles.

Avec mon interne M. Sicard, nous avons recherché si l'urine des typhiques ne présentait pas parfois la propriété d'agglutiner le bacille d'Eberth en culture. Nous avons étudié comparativement l'action des urines de nos typhiques et de gens bien portants ou atteints des maladies les plus diverses, fébriles ou apyrétiques, avec ou sans albuminurie, sur des cultures de bacilles d'Eberth. Une goutte d'urine, prise aussi aseptiquement que possible, puis filtrée au papier, était mélangée, comme le sérum, à 10 gouttes de culture. L'urine des typhiques semble, dans ces conditions, agglutiner assez fréquemment le bacille d'Eberth, comme le montre une goutte du mélange examiné au microscope, mais le phénomène est inconstant, variable d'un jour à l'autre, et manque parfois alors qu'il est nettement apparent avec le sérum. L'urine de gens non atteints de fièvre typhoïde fournit plus rarement des amas très nets, après mélange avec une culture, mais elle en fournit quelquefois, et il est des cas où une préparation ainsi obtenue est identique à une préparation faite avec une urine typhique. Mes amis, MM. Enriquez et Hallion, poursuivent des recherches dans ce sens et sont arrivés à des résultats à peu près analogues.

Dans deux cas, après filtration à la bougie d'Arsonval, l'urine de typhoïdiques, qui nous avait donné des agglutinations immédiatement après l'émission, avait perdu cette propriété. Nous inspirant de l'expérience de M. Bordet sur la sérosité d'œdème des cobayes vaccinés contre le vibrion cholérique, nous avons ajouté, à ces urines filtrées, du sérum normal, dans la proportion de 1 pour 10. Cette addition a été incapable de faire apparaître, dans cette urine, la propriété agglu
Des recherches ultérieures renseigneront sur la
cation exacte de ces phénomènes sur lesquel
difficile encore de se prononcer. Il faut se
que l'urine est un milieu dont les qualités phys
chimiques sont essentiellement variables et
commandées par l'état du rein, surtout dans
typhoïde, qui touche si fréquemment cet org
sécrétion de la matière agglutinante en nat
mélangée aux éléments du sang, n'est peut-êt
accident sous la dépendance de l'état des glomé
des épithéliums. Remarquons cependant, à ce
que, chez un typhique âgé, dont le sérum prés
réaction caractéristique, l'urine, quoique très
albumine, n'a jamais pu donner de réaction.
prévoir que, pour le diagnostic, nul liquide ne se
mieux que le sérum à la recherche du phé
agglutinatif.

Voici la marche que je suis actuellement
pratique du séro-diagnostic. Je commence touj
l'examen extemporané. A dix gouttes d'une cu
bacille d'Eberth, vieille de un ou deux jours,
bouillon bien neutre, j'ajoute une goutte de sér
venant du sang retiré par piqûre du doigt, après
antiseptique de la peau et flambage du godet
timètre, suivant le procédé déjà indiqué. Une g
mélange, placée entre lame et lamelle, est imm
ment examinée au microscope et comparée av
préparation faite avec la culture, avant l'addi
sérum. Si je vois des amas caractéristiques, no
et confluents, parsemant tous les points de la
tion, à la façon des îlots d'un archipel, mon di
est fait. Parfois la préparation est agitée de mou
browniens et l'aspect est plus net, après u
d'heure ou une demi-heure de repos. Si les amas,
étant caractéristiques, ne sont pas très conflu
conserve le mélange que j'examine à nouveau
croscope, au bout de quelques heures. Après ce
le phénomène est souvent plus apparent.

En cas de résultat négatif, je réitère plusieu
de suite l'examen, si les symptômes suspects per
Dans tous les cas où j'ai obtenu des résultats po
phénomène n'a manqué qu'une seule fois, lors
premier examen. Il s'agissait d'un typhique au
jour et, chez lui, le phénomène apparaissait le len
Lorsque je veux poursuivre complètement le phé
je mélange une partie de sérum à 10 ou 15 pa
bouillon, j'ensemence avec le bacille d'Eberth et
à l'étuve à 37 degrés. Après vingt-quatre he
bouillon s'éclaircit, des gumeaux se déposent
du tube et les amas au microscope sont des pl
J'emploie dans ces conditions du sérum puisé as
ment dans la veine. Ce procédé était même le
me servait tout au début de mes recherches.
tures clarifiées que j'ai montrées à la Société,
ma première communication, avaient été ainsi ob

M. Ménétrier. Pour résoudre une question au
portante que celle du séro-diagnostic, on ne
accumuler trop de matériaux ; je tiens donc à d
j'ai fait également l'épreuve du séro-diagnostic
typhique de mon service ; dès le septième jour,
tion caractéristique apparut. Je fis les mêmes expé
avec l'urine de ce malade, et le résultat fut négat
Comme contrôle, je fis les mêmes recherches
malade atteint d'embarras gastrique fébrile, et ja
réaction typique n'apparut.

M. Siredey. Je tiens à ajouter aux cas déjà men
l'observation d'un typhique de mon service, cl
l'épreuve du séro-diagnostic, faite le trente et
jour, confirma le diagnostic porté.

M. Hayem. Je fais, depuis quinze ans, le diagno
la fièvre typhoïde, en me basant, en grande par
l'examen du sang. Contrairement à ce que l'on
fièvre typhoïde ne produit ni augmentation de
ni leucocytose. Cette dernière n'existe que lorsq
une suppuration concomitante. Cet examen du sa
met de faire le diagnostic dès le début ; car, parmi
réxies, il n'y a guère que la fièvre typhoïde, la gr
la tuberculose méningée, qui ne s'accompagnent n
augmentation de fibrine, ni de leucocytose.

**Mort rapide après une intervention sur un
hydatique du foie. — M. Legendre.** Je viens d
ver un cas intéressant à deux points de vue diff
au sujet du diagnostic, et au sujet de la termi
Il s'agissait d'un jeune homme de vingt-sept ans,
depuis huit ans, traité pour un rhumatisme au
de la médication salycilée. Les douleurs étaient
nues, et nullement diminuées par le salycilate de
elles affectaient particulièrement le côté droit. Qu
vis le malade, il me fut aisé d'éliminer le diagnosti
précédemment de rhumatisme articulaire, et mon
tion fut éveillée par les symptômes que me
l'examen de la région hépatique. Bref, il s'agissa
volumineux kyste hydatique du foie, ayant défo
thorax, et repoussé le cœur jusque dans l'aissell
che. Je proposais l'intervention chirurgicale ; e
acceptée. Le surlendemain, M. Tuffier fit, à la
Dubois, une laparotomie et une incision de cette
kystique. Deux litres de liquide s'écoulèrent.

Immédiatement après, le cœur revint à sa sit
normale. Le kyste fut bourré avec de la gaze stérili
malade supporta facilement l'opération, mais le
4 heures, survint rapidement de la toux, de la dy

ls s'accéléra, le visage se cyanosa, et le malade uba à 11 heures par les progrès de l'asphyxie. On faire l'autopsie, de sorte que la cause de la mort chappe; cependant on peut penser à une décom- on brusque du poumon, ou plutôt à un retour du cœur dans sa situation normale; quoi qu'il t, on se demande quel est le procédé thérapeu- qui mettrait les malades à l'abri de semblables rs.

endu. Puisque la question se trouve posée, du nent des kystes hydatiques du foie, je crois utile re remarquer que, jusqu'ici, on ne s'occupe pas du contenu du kyste, il me semble que le traite- doit être différent suivant qu'il s'agit d'un kyste ou d'un kyste suppuré.

r les kystes suppurés, le seul traitement est évi- ent l'ouverture rapide. Mais, pour le kyste simple, la simple ponction suivie d'une injection modi- ce, le sublimé par exemple, suffit dans la majorité s, j'ai observé un cas de guérison en trois se- s, après l'injection dans la poche kystique de timètres cubes de sublimé en solution à 1/2000. nt aux accidents de décompression pulmonaire, je is possibles, car j'ai été témoin de phénomènes ana- s, chez un de mes malades opéré par M. Routier; temps après l'opération, ce malade eut une con- n de la base du poumon droit, congestion *ex va-* vec tendance à l'apoplexie.

faits indiquent qu'il serait peut-être préférable de quand on le peut, une évacuation en plusieurs temps.

Legendre. La ponction simple comporte égale- de nombreux accidents; je me rappelle, à cette ion, une malade chez qui M. Quénu fit une simple ion; quelques heures après, des accidents terribles rent et rendirent une laparotomie urgente.

Hanot. Les injections de liqueur de Van Swieten rocuré de nombreuses guérisons, mais uniquement des petits kystes. Pour les grands kystes, ces in- ns sont inefficaces et même dangereuses.

a quatre ans, M. Galliard publia une observation gue à celle que vient de lire M. Legendre; dans ce des adhérences entre le kyste et le diaphragme tèrent les phénomènes de congestion pulmonaire.

Comby. Pour les kystes de petite capacité, le trai- nt par les injections de sublimé est certainement illeur; de nombreuses guérisons ont été signalées; urrais, de plus, en ajouter un exemple.

Siredey. Cette discussion me rappelle un cas de hydatique du poumon que j'ai observé il y a ue temps. Il s'agissait d'un kyste du poumon he, avec déviation du cœur à droite; je fis une tion et je retirai deux litres et demi de liquide; dans ès-midi une perforation se fit, et le malade rejeta a bouche une grande quantité de liquide. On voulut une pleurotomie, et, pour cette opération, le malade couché sur le côté sain; cette manœuvre permit rée du liquide dans la totalité de l'arbre bronchique, malade mourut.

ayons X. — M. Marfan montre une application de la ographie Rœntgen au diagnostic d'une affection de nche.

s'agissait d'une arthrite sèche, et dans ce cas les os nt manifestement déformés.

assement des variétés anatomiques des gas- es. — M. Hayem. J'ai terminé, cette année, l'étude omo-pathologique des gastrites et voici la classifi- n que j'adopte :

— *Gastrite parenchymateuse et glandulaire* : *a*) gas- parenchymateuse hyperplasique; multiplication des les principales et raréfaction des cellules de bor- ; multiplication ou hypertrophie des cellules de lure; transformation des cellules principales; multi- ation des cellules des deux espèces; *b*) gastrite paren- nateuse dégénérative.

. — *Gastrite interstitielle* : *a*) aiguë ou subaiguë; bronique.

I. — *Gastrites mixtes.*

f. — *Processus terminaux* : *a*) transformation mu- se; *b*) atrophie.

E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

24 Juillet 1896.

pithélioma kystique de l'ovaire. — M. Vanverts sente un épithélioma kystique bilatéral de l'ovaire, ré par M. Monod. L'une des tumeurs était développée s l'abdomen. L'autre était restée dans la cavité pel- ne, avait distendu le cul-de-sac de Douglas, dédou- la cloison recto-vaginale et s'avançait ainsi jusqu'à entimètres de l'orifice vaginal. Elle faisait une forte lie dans le vagin et dans le rectum. L'utérus, repoussé lement en avant par cette tumeur, comprimait l'urè- e. La malade urinait par regorgement. Le cathété- ne pré-opératoire permit de retirer de la vessie t. 1/2 d'urine.

ostéite tuberculeuse du tibia et du fémur. — Lardennois présente à la Société anatomique des ces appartenant à une jeune femme de vingt-sept s, entrée avec le diagnostic de tumeur blanche du ou gauche, dans le service de M. Reclus.

Comme symptômes cliniques, le tableau classique d'une tumeur blanche, et aussi une série de points douloureux à la pression, échelonnés le long de la crête du tibia.

M. Faure tenta de faire, le 11 Juillet, la désarticulation du genou et un grattage des lésions du tibia, puis, le 13 Juillet, une amputation au niveau de la portion moyenne du fémur, mais l'étendue des lésions était telle qu'il dût renoncer à conserver le fémur, et pratiqua la désarticulation de la hanche séance tenante.

La malade a bien supporté l'opération, elle est en voie de guérison.

Lipome du cordon. — M. Mauclaire présente un lipome, trouvé sur un sujet de l'école pratique. Ce lipome s'est développé le long du cordon aux dépens de la tunique vaginale. Du côté opposé, il n'y avait pas de lipome, mais des traces de vaginalite chronique.

Hernie de l'S iliaque. — M. Mauclaire montre une hernie inguinale de l'S iliaque, hernie par glissement. Le fait intéressant, c'est que c'est la partie supérieure de l'S iliaque qui était herniée.

Fracture du fémur. — M. Morestin montre un fémur trouvé sur un cadavre de femme de soixante-dix ans. Cette fracture sous-trochantérienne est intéressante par l'obliquité des fragments, la rotation du fragment supérieur et l'étendue du cal qui va en sautoir entre les deux fragments.

Pseudarthrose de la clavicule. — M. Morestin montre un cas de pseudarthrose de la clavicule. Il y avait une cavité articulaire, et même on croit y voir un peu de cartilage articulaire.

Anomalie musculaire. — M. Morestin présente un muscle surnuméraire de l'éminence hypothénar, remontant jusqu'à l'avant-droit, masquant et rejetant en dedans l'artère cubitale, ce qui a une certaine importance au point de vue de la ligature de cette artère.

Tuberculose du sacrum et coxalgie secondaire. — M. Ardouin montre un bassin d'enfant de neuf ans, ayant succombé à l'hospice des Enfants-Assistés, à une méningite tuberculeuse. Ce bassin présente des lésions tuberculeuses du sacrum, propagées à l'os iliaque, avec perforation du cotyle et destruction complète de la tête et du col du fémur. L'enfant avait été envoyée à M. Kirmisson pour une tumeur abdominale, qui n'était autre qu'un abcès froid d'origine sacrée. Après huit ponctions successives et injections d'éther iodoformé, on incisa la collection le 13 Mars 1896. L'enfant succomba à une méningite tuberculeuse quatre mois après, le 16 Juillet.

Exostose symétrique des fémurs chez un syphilitique héréditaire. — M. Labbé présente les fémurs d'un enfant hérédo-syphilitique, qui avait eu pendant la vie du coryza, une éruption de papules rosées sur la face, le tronc et les membres inférieurs, une desquamation généralisée du tégument, des signes de pseudo-paralysie des membres inférieurs et une saillie exagérée de la région trochantérienne.

L'autopsie a montré l'existence, au-dessous des trochanters, d'exostoses assez volumineuses et symétriques. La coupe de l'os révélait un épaississement de la ligne ostéochondrale, une coloration jaunâtre de la moelle et un ostéophyte entourant la diaphyse fémorale. Il n'y avait pas de décollement épyphysaire. Les autres os étaient sains, le foie présente un peu de sclérose des espaces portes.

Carcinome kystique des deux ovaires. — M. Lavillauroy présente deux volumineux carcinomes kystiques des ovaires, développés chez une femme de cinquante-cinq ans.

L'évolution de ces tumeurs a été rapide; il y avait de l'ascite en abondance; on trouvait dans la cavité abdominale deux masses dures, flottantes; la malade se cachectisait rapidement.

L'ablation faite par M. Marchand a été facile, les tumeurs étant pédiculées et non adhérentes.

Ces tumeurs à première vue sont solides. Cependant, à l'examen histologique, on constate de nombreux kystes, tapissés par un épithélium cylindrique, et renfermant une substance muqueuse et des cellules vésiculaires desquamées. A côté de ces kystes, on trouve une infiltration de cellules nettement cancéreuses, si bien qu'il semble que l'on ait affaire à une forme rare de carcinomes kystiques.

Pleurésie purulente médiastine à pneumocoques. — MM. Thoinot et Griffon. A l'autopsie d'une femme entrée à l'Hôtel-Dieu le cinquième jour de sa pneumonie, morte deux jours après avec une angoisse inexprimable et une dyspnée impossible à calmer, nous avons trouvé une de ces pleurésies enkystées à siège si exceptionnel, dont M. Dieulafoy vient de publier un exemple dans la *Presse médicale*[1].

Entre la face interne du poumon gauche et la plèvre médiastine correspondante est une collection purulente, limitée par des fausses membranes fibrineuses. Le pus est épais, peu abondant; il fuse vers le sinus costo-diaphragmatique au niveau de la zone de Traube, tandis que sa limite supérieure est marquée par un plan qui passerait par le hile du poumon.

Le lobe inférieur du poumon gauche présente les lésions de la pneumonie suppurée, infiltration purulente et abcès.

Sur la face axiale d'une des valves de la tricuspide est un petit foyer d'endocardite ulcéreuse.

L'analyse bactériologique du pus pulmonaire et pleural a décelé la présence du pneumocoque seul et virulent.

Cancer de l'estomac, cancer secondaire de l'intestin. — M. Letulle rapporte l'observation d'un individu présentant les symptômes de cancer de l'estomac avec ictère. A l'autopsie, on trouva un cancer stomacal, une infiltration de l'épiploon gastro-hépatique, avec compression des voies biliaires. Il y avait, en outre, envahissement secondaire de l'intestin grêle et du gros intestin, par la voie péritonéale. En effet, on voit de nombreux nodules, les uns sous-péritonéaux, d'autres qui infiltrent de plus en plus les parois de l'intestin, quelques-uns finissent même par les traverser et par ulcérer complètement la muqueuse.

R. MARIE.

1. DIEULAFOY. — « Pleurésie médiastine à pneumocoques. » *Presse médicale*, 13 juin 1896.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

20 Juillet 1896.

Difficultés créées par l'Assistance publique aux médecins experts pour leurs examens dans les hôpitaux. — M. Vibert attire l'attention de la Société sur la mauvaise volonté que rencontre très souvent, chez les directeurs d'hôpitaux, le médecin chargé d'une expertise médico-légale, dans les affaires de viol ou d'avortement.

Les directeurs refusent presque toujours de mettre, à la disposition de l'expert, un local spécial, indispensable quand il s'agit d'un examen qui doit être secret. M. Vibert vient d'être obligé d'avoir recours à l'assistance d'un commissaire de police pour pouvoir procéder à une enquête dont il avait été chargé par le parquet. Dans le but de faciliter la tâche de la justice, l'orateur pense qu'il serait nécessaire de faire une démarche auprès du Directeur général de l'Assistance publique.

M. Lefuel fait remarquer que ces difficultés ont existé de tout temps, et qu'il serait urgent de la faire disparaître.

M. Pouchet invite le bureau de la Société à aviser de ce fait le procureur de la République ainsi que le Directeur général de l'Assistance publique.

J. B.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE

Nouveau cas de broncho-pneumonie, d'une exceptionnelle gravité, traitée avec succès par la pilocarpine à haute dose. — M. Poulet. — En Octobre 1895, j'ai publié, dans le *Bulletin de la Société de thérapeutique*, un travail sur le traitement de la pneumonie grippale par la pilocarpine à haute dose, où se trouvent consignés des résultats extrêmement encourageants. Au cours de la discussion qui a suivi la lecture de ce mémoire, M. Weber a exprimé l'opinion qu'il est inutile et dangereux d'employer des doses élevées de pilocarpine, puisque, avec un centigramme, on obtient, selon lui, des effets suffisants. En est-il ainsi dans la réalité? C'est ce qu'il convient de se demander.

A cet égard, il faut, avant tout, distinguer deux états bien distincts qui comportent des indications et des applications entièrement différentes; en premier lieu, l'état apyrétique où la plupart des médicaments agissent à doses très modérées et deviennent très vite dangereux à doses plus fortes, et, d'un autre côté, l'état fébrile où, le plus souvent, les doses ont besoin d'être assez élevées pour vaincre la résistance très remarquable que créent, dans l'économie, les conditions mêmes de la maladie. N'a-t-on pas vu M. Pétresen donner, dans la pneumonie, et cela impunément, des doses énormes de digitale, doses qui n'eussent pas manqué de jeter dans un colapsus mortel tout autre qu'un hyperthermique? Il y a une expérience bien simple à faire et qui est très concluante : que l'on administre, un pneumonique, la pilocarpine aux doses ordinaires, on verra qu'on n'en obtient aucun effet utile, je ne dis même pas curatif, mais même physiologique. On est alors conduit à augmenter graduellement et à multiplier la première dose, jusqu'à ce que l'on voie les effets physiologiques que l'on vise, se manifester. C'est ainsi que l'on arrive, peu à peu, à la dose nécessaire pour terrasser le mal, sans faire courir aucun danger au malade, car il n'en est pas de la pilocarpine comme de la digitale, qui s'accumule dans l'économie et avec laquelle on tuerait nombre de malades, si l'on procédait comme il vient d'être dit. En fait, quand j'ai essayé de m'en tenir à la dose quotidienne de 2 centigrammes et demi, je n'arrivais pas à réaliser le résultat attendu. Force a été de monter à 5 centigrammes, dose à laquelle je n'ai jamais observé le moindre accident.

A l'étranger, je constate que les doses sont encore plus élevées que celles que j'ai adoptées. M. Carldziklai, de Kis-Zambor, dans un article intitulé : « Zur Behandlung der Pneumonia crouposa » se loue beaucoup de l'emploi du même agent, qui a toujours réussi entre ses mains, et l'administre à l'intérieur, aux doses suivantes :

Aux enfants de 0 à 1 an, 1 à 3, 3 à 6, 6 à 10, 10 à 15, 1 à 2 centigrammes, 2 à 3, 4, 4 à 6, 6 à 7; aux adultes, 8 à 10 centigrammes, par jour.

En injections sous-cutanées, il administre 1 à 2 centigrammes et demi, une ou deux fois par jour, suivant la gravité et l'urgence du cas: C'est toujours à l'injection sous-cutanée qu'il a recours dans le croup vrai, à à raison de l'imminence du danger, et cela, ose-t-il affirmer, avec un succès constant, même lorsqu'il existe déjà du tirage.

Selon le même auteur, la mortalité de la pneumonie qui est habituellement de 27 à 30 0/0, est réduite à zéro grâce au traitement par la pilocarpine.

En Alsace, M. Biedert (d'Haguenau), sollicité par M. Sziklai de recourir à la pilocarpine contre la pneumonie, n'a eu qu'à s'applaudir des résultats obtenus. En France, M. Rousseau l'a employée dans 14 cas et a enregistré 14 succès.

En général, la durée de la maladie est réduite de 2 à 4 jours. C'est habituellement le 5e jour, quand le malade est soigné de bonne heure, que se produit la défervescence.

Voici un nouveau cas très récent, d'une gravité vraiment exceptionnelle, où la pilocarpine ne s'est pas montrée moins efficace, moins héroïque que dans l'épidémie de 1895.

Auguste P..., âgé de dix-huit ans, bûcheron à Belfahy, doué d'une bonne constitution, dont j'ai soigné, l'an dernier, le frère aîné pour une pleurésie, éprouva le 17 Avril 1896, un violent frisson et un malaise indicible, dans la forêt où il était occupé à travailler. Néanmoins, rassemblant le peu de forces qui lui restaient, il put encore, tant bien que mal, franchir une distance de deux à trois kilomètres, et rentrer à la maison où il s'alita.

Le dimanche 19, son état s'aggrava tellement, que ses parents, craignant une catastrophe pendant la nuit, firent chercher M. le curé. Ce dernier compta le pouls du malade, trouva 155 à 170 pulsations, et, constatant une dyspnée et une angoisse extrême, jugea le péril imminent. Il m'envoya aussitôt un exprès à qui je remis, en attendant ma visite le jour suivant, une potion de 125 grammes, contenant un gramme d'acide oxalique, et destinée à parer au plus pressant et à combattre l'oppression.

Je vis le malade le 20, à deux heures de l'après-midi. C'était le quatrième jour de la maladie. L'état était toujours fort grave. P. 124. R. 32. T. 39°,2. Moiteur à la partie postérieure du corps, face pâle plutôt que colorée, Langue saburrale, tendant à la sécheresse. Toux sèche. Expectoration très rare, simplement muqueuse, non rouillée, soif ardente. Un peu de diarrhée. A la percussion, submatité à la partie postéro-inférieure du poumon gauche. A l'auscultation, souffle bronchique très intense et bronchophonie de la base de ce même organe jusqu'à l'épine de l'omoplate. Dans la fosse sus-épineuse, et en avant, sous la clavicule gauche, râles sonores, sibilant et ronflants. Les mêmes râles se font entendre dans toute l'étendue du poumon droit.

Traitement : potion de 180 grammes, contenant 5 centigrammes de pilocarpine, par cuillerées à bouche toutes les deux heures.

Le 21 Avril, comme le ptyalisme attendu tarde à se manifester, et que les symptômes restent les mêmes, c'est-à-dire aussi alarmants, la nécessité d'élever la dose du remède est évidente, et, en conséquence, la prescription est modifiée de façon à faire absorber une cuillerée d'heure en heure, et à achever la fiole dans l'après-midi. Nouvelle potion de 125 grammes renfermant 5 centigrammes de pilocarpine à prendre aussitôt après, d'heure en heure.

Le 22 Avril, le malade a craché abondamment des flots de salive spumeuse. Le pouls s'est élevé à 112. L'état général s'est amélioré, en même temps que les symptômes locaux.

Je prescris, pour compléter la cure, une potion de Todd, additionnée de 20 grammes de teinture de quinquina jaune.

Dès le 23, septième jour de la maladie, quatrième jour du traitement, la défervescence est complète; le malade est en pleine convalescence.

Il est rare que j'aie besoin, comme je l'ai fait dans le cas présent, de recourir aux stimulants et aux toniques après l'emploi de la pilocarpine. Mais, quand l'indication s'en présente nettement, quand, par exemple, il existe une grande dépression, du refroidissement du nez, etc., il n'y a certes pas d'hésitation possible, c'est alors une médication vraiment héroïque. Les injections sous-cutanées de caféine, occupent ici le premier rang pour combattre le collapsus cardiaque qui est si redoutable. Je dirai néanmoins que la médication tonique est incomparablement plus efficace après l'emploi de la pilocarpine que d'emblée. Au début, soit que le moment d'y recourir ne soit pas encore venu, soit que la maladie demande à être attaquée d'abord par des agents d'un autre ordre, je dois avouer que je n'ai guère eu à me louer de son emploi. Je me souviens encore d'un jeune homme terrassé, en quelque sorte, par une pneumonie fibrineuse d'une violence insolite, avec une réaction intense, que j'ai naguère, avant que je connusse la merveilleuse efficacité de la pilocarpine, traitée d'emblée par les stimulants dont l'indication paraissait formelle, et que je n'ai pu parvenir à sauver. Peut-être la pilocarpine eût-elle préparé avantageusement le terrain, en maîtrisant d'abord le mouvement fébrile, et eût-elle rendu efficace la médication stimulante qui l'aurait suivie, secondée et complétée.

En tous cas, le praticien possède dorénavant dans cet agent une arme nouvelle, d'une puissance éprouvée des plus remarquables. Ce serait un crime pour celui qui en a fait l'heureuse expérience, de ne pas chercher à en vulgariser l'usage. En effet, la pneumonie engendre chaque année une mortalité considérable. Elle attaque environ 2 pour 100 de la population, ce sont les chiffres fournis par M. Pziklaï, et comme la mortalité est d'environ 27 pour 100, il s'ensuit que la pneumonie emporte chaque année 54 personnes sur 10,000 habitants. Quels services ne rendraient pas une médication vraiment efficace, si elle parvenait à réduire à zéro la mortalité de la pneumonie! C'est là pourtant le bienfait que l'on est en droit d'attendre de la pilocarpine. A l'étranger, l'usage en est devenu déjà très général. N'est-il pas profondément regrettable qu'en France les praticiens, si souvent aux abois en face d'une pneumonie grave, maladie qui, chaque année, fait tant de victimes, notamment à Paris, ne consentent même pas, à en faire l'essai?

L'an dernier, quand j'ai opposé la pilocarpine à l'épidémie de la vallée du Rahin, je croyais être le premier à m'en servir dans la pneumonie. Je reconnais aujourd'hui sans peine, que la priorité appartient à M. Sziklai, qui, dès 1892, a publié un article sur ce sujet (*Wiener Med., Presse*, nos 31 et 32).

En ce temps de guerre à outrance aux microbes, il est permis d'espérer que l'argument suivant sera plus propre que mes observations et celles du médecin hongrois, à gagner mes confrères à la cause que je considère comme un immense progrès et à les faire entrer dans la voie qui leur est ouverte. Tous savent que, dans la pneumonie, l'infection par les pneumocoques a son point de départ dans la bouche qui en est l'habitat habituel, où ils pullulent sans cesse et d'où ils menacent constamment l'organe pulmonaire d'une invasion funeste. Chacun est donc convaincu de la nécessité de désinfecter soigneusement ce *vestibulum pneumoniæ* et d'en chasser tous les pneumocoques. A ce point de vue, quoi de plus efficace que la pilocarpine? Celle-ci, en effet, ne manquant pas d'amener, dès le premier, au plus tard, dès le second jour de son emploi, une expuition extrêmement abondante, produit ainsi le nettoyage le plus parfait possible de la cavité buccale, en expulse forcément tous les microbes et en réalise l'antisepsie la plus complète, mieux que tout autre agent désinfectant. Voilà donc la pilocarpine certainement au premier rang des antiseptiques de la bouche et par là des antidotes de la pneumonie, si je puis m'exprimer ainsi.

Je n'ai pas encore rencontré de cas où la pilocarpine n'ait pas provoqué l'hypersécrétion salivaire désirée. En pareille occurence, M. Sziklaï la favoriserait, dit-il, à l'aide d'un vomitif, s'il s'agissait du croup vrai, d'un expectorant dans la pneumonie, d'un diurétique dans la néphrite, d'une injection d'air dans la trompe d'Eustache, s'il s'agissait de l'extension de la diphtérie de ce dernier conduit, etc.

En terminant, je demanderai à ceux de mes confrères qui voudront bien faire l'essai de la pilocarpine dans la pneumonie, de ne pas garder la lumière sous le boisseau, mais de livrer leurs observations à la publicité. J'ai la conviction qu'elles seront favorables à la thèse que je soutiens, et c'est d'ailleurs le seul moyen de préparer l'avènement de cette précieuse médication au rang de traitement classique de la pneumonie.

Du traitement des diarrhées chroniques non tuberculeuses (diarrhées glaireuses) chez l'enfant par l'entéroclyse. — M. H. Dauchez. Lorsque l'on compare, les unes aux autres, les diarrhées chroniques de la première enfance, une classification s'impose, classification basée sur le siège de l'entérite qui lui donne naissance et sur la diathèse qui préside à sa genèse[1].

D'une part, en effet, on ne peut mettre en doute que certaines méthodes thérapeutiques, telles que l'entéroclyse dont nous voulons parler, réussiront dans les diarrhées chroniques simples, ou à agent microbien vulgaire, tandis que, dans l'entérite chronique des tuberculeux, tout échouera. Récemment encore, chez un jeune enfant, qui succomba trois mois plus tard à une poussée de méningite tuberculeuse, les lavages de l'intestin institués pour combattre la diarrhée chronique échouèrent complètement.

D'autre part, en regard de la diathèse, on devra tenir grand compte du siège des lésions, qui varie dans les différentes entérites, et dont quelques-unes, cantonnées systématiquement dans le gros intestin (dysenterie, entérite muco-glaireuse, entérites médicamenteuses par le calomel, diarrhées cholériformes, etc.), ressortissent plus particulièrement à l'entéroclyse.

Sous ce nom, nous voulons en effet parler d'une méthode extrêmement simple, consistant à balayer, par de grandes irrigations, tous les agents infectieux, ferments, microbes qui pullulent dans le colon descendant, transverse et ascendant, soit à l'aide d'irrigations boriquées tièdes, soit à l'aide de solutions antiseptiques, telles que la solution d'hyposulfite à 2 pour 100, de nitrate d'argent à 1/2.000 données à l'aide d'une grande so œsophagienne, ou même d'une sonde urétrale de g calibre, profondément introduite dans le rectum, reliée soit au bock en tôle émaillée qu'aucune s tance n'altère, soit à l'irrigateur dont la pression se r facilement.

Ces irrigations, pratiquées tous les jours, ou au m tous les deux jours, pourront, dans ce dernier alterner avec l'administration méthodique et periodi des purgatifs (sulfate de soude, 5 à 10 grammes, gnésie 5 à 10 grammes, calomel 5 à 20 centigramm associés au benzonaphtol, 25 centigramme à 1 gram au salol 10 à 70 centigrammes suivant l'âge des malad Plus tard, du sixième au quinzième jour seulem l'opium et le sous-nitrate de bismuth parachèveron guérison.

Les recherches de Gilbert et Dominici ont en montré que l'administration renouvelée des purga abaissant de 15 milliards à 2 ou 3 milliards, sinon mo le nombre des microorganismes, coli-bacilles, co monas (de Davaine), monocercomonas (de Dava amibes) etc., qui peuplent l'intestin.

Tels sont en effet les organismes que renferme cou ment l'intestin dans les entéro-colites muco-glaire dont étaient atteints trois jeunes sujets : selles fétides, en purée brune, parfois verdâtres, mélan de sécrétions muqueuses et glaireuses adhérentes linges, peu abondantes (4 à 5 selles par jour), tenesme, sans mucosités sanguinolentes, sans lambe membraneux ni grains riziformes comme dans la dy terie épidémique, sans aucun trouble gastrique, météorisme, sans douleur, à peu près sans fièvre 38 degrés).

S'il était nécessaire de confirmer cette description la preuve clinique, nous invoquerions les trois obse tions publiées par nous dans la *Revue mensuelle maladies de l'enfance* de cette année (Mai 1896). Dan première observation, nous voyons une enfant, atteinte de vulvo-vaginite rebelle, c'est-à-dire ca rhale, atteinte pendant six semaines de diarrhée c nique à répétition, malgré l'emploi de l'opium, alcalins, du régime, etc., guérir, en fin de compte, l'entéroclyse.

Tardivement seulement, les parents acceptèrent mode de traitement, qui la guérit en 4 séances. D l'observation II, une enfant de deux ans et demi atteinte, elle aussi, de diarrhée muco-glaireuse. Quelc lavements l'améliorent, mais un prolapsus du rec provoqué par la diarrhée incessante, empêche de co nuer les lavements et de tenter l'entéroclyse. Auss diarrhée dura-t-elle sept semaines.

Le troisième enfant, traité le quatrième jour par grandes irrigations intestinales chaudes d'un demi- seulement, guérit en quarante-huit heures d'une diarr muco-glaireuse qui s'accompagnait de coliques et t ténesme si intense, qu'il tomba trois fois en sync pendant la défécation. Aujourd'hui (Juin 1896), après mois de surveillance, aucune rechute ne s'est produ

Ces trois enfants étaient sevrés.

Ils avaient donc absorbé de l'eau probablement pure, ou des aliments contaminés. Dans 2 cas cités M. Boas[1], de Berlin, des malades ayant bu de l'eau luée, éprouvèrent des douleurs très vives sur le tr du colon descendant. Les selles de ces malades ne fermaient ni pus, ni sang. Elles avaient l'aspect d purée de pois, l'odeur de la colle forte, leur réaction alcaline. Elles renfermaient des amibes et résistèrent tous les traitements.

Epstein, Grassi, Leuckart, Cummisgham, Zanker, N nagel, May et Tham qui ont, après Davaine, récemm étudié la question, ont prouvé que le véhicule de diarrhées microbiennes était le plus souvent l'eau (con dans la fièvre typhoïde).

Vingt-six fois sur vingt-six, des amibes[2] furent déc dans ces diarrhées chroniques. Epstein réussit mêm recueillir dans le colon transverse, à l'aide d'une lon sonde, des selles liquides, plus chargées qu'en au autre point de bactéries septiques.

Ces données expérimentales viennent donc confir l'utilité des irrigations antiseptiques de l'intestin, tout du colon dans toute sa longueur à l'aide des a septiques faibles combinés aux purgatifs salins répé

Nous n'insisterons pas ici, sur les expériences a remarquables que concluantes de MM. Lesage et Dauri qui ont réussi à laver l'intestin tout entier, du rectu pharynx, à l'aide de quantités de liquides variant de 6 litres, chez des enfants ou des adultes, sur le vivan sur le cadavre.

Ces auteurs en concluent (et nous nous associon

1. Pour plus de détails sur la méthode entéroclytique voy. la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance* (Mai 1896), dans laquelle nous avons repris cette étude au point de vue pathogénique, clinique et thérapeutique, plus longuement que nous l'avons fait ici.

1. M. Boas. — *Deutsch. Medicinisch. Wochenschr* 1896, n° 14, p, 215.

2. Chez les deux malades dont M. Boas (de Berli cité l'histoire, un grand nombre d'amibes furent recon dans les selles. Le même auteur en a donné une desc tion complète avec figures. Comme contre-épreu M. Boas rechercha la présence des amibes dans les jections de 43 sujets dont l'intestin fonctionnait d façon normale. Douze fois, il rencontra des organis dont la forme et les dimensions eussent pu prêter confusion, mais qui n'étaient pas doués des mouvem propres aux amibes. Même résultat négatif chez sujets atteints de diarrhée simple.

3. *Gazette des Hôpitaux*, 1893.

conclusions), que l'entéroclyse est un procédé inu- dans les diarrhées simples, mais parfois héroïques les cas graves d'occlusion intestinale, de choléra, hées chroniques infectieuses etc., à la condition :

D'introduire de grandes quantités de liquides dans l'estin ;

De l'introduire à faible pression c'est-à-dire lente- avec 30, 40 centimètres ou 1 mètre de pression ;

Le malade étant couché sur le dos, la hanche gauche vée par un coussin, pour permettre au cæcum de ouver dans une situation déclive.

sons, en terminant, que plusieurs de nos jeunes des avaient eu préalablement des poussées diar- ques, cause prédisposante de diarrhée chronique.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ITALIE

L'*Académie de médecine de Turin*, **Gredenigo** a fait communication sur la **pathologie** et la **chirurgie l'apophyse mastoïde.** Cette communication est e sur 136 cas. De ces 136 cas, 48 étaient aigus et hroniques. Les malades appartenaient surtout au masculin, et la maladie était localisée ordinaire- t du côté gauche. En s'appuyant sur ces observa- s, Gradenigo admet que le signe diagnostique le important est la persistance des douleurs au-delà vingt jours et l'existence d'une abondante suppura- dans les formes aiguës ; ce signe a une valeur ore plus considérable dans les cas où il s'agit d'une lisation au sommet de l'apophyse mastoïde (forme Bezoldt), cas particulièrement graves par leur marche dieuse et par les complications auxquelles elles don- t naissance, comme par exemple les abcès du cou. formes figurent, au nombre de 30 pour 100, dans les observés par l'auteur. Les complications qu'on ren- tre dans les formes aiguës sont : le thrombose des us latéraux, la méningite et les abcès situés en de- s de la dure-mère.

armi les cas rapportés, deux méritent une mention te particulière : il s'agissait d'une nécrose du laby- he avec élimination d'une partie du limaçon.

nfin, comme complications des formes chroniques, adénigo a noté la méningite, les abcès du cerveau et x du cervelet.

A la même Société, **Cesaris-Demel** a parlé du **ma- sme expérimental.** Ses recherches démontrent que, as le cas de marasme obtenu expérimentalement sur animaux à l'aide de toxines bactériennes, il existe e altération grave du sang. On constate, dans les obules rouges, la présence d'un pigment dont on ut démontrer, par des réactions appropriées, l'ori- ne hématogène ; ce pigment se dépose dans tous les ganes et se retrouve dans les reins, au niveau de pithélium des tubuli ; il y a, en même temps, des- ction des globules blancs qui sont englobés par les ands éléments à noyau unique de la rate, éléments i constituent de véritables phagocytes et qu'on peut ettre en évidence à l'aide de méthodes de coloration éciales.

A l'*Académie de médecine de Gênes*, **Bucceli** a fait part ses recherches sur les **altérations circonscrites la sensibilité chez les aliénés.** Il a étudié les nsibilités tactile, thermique et la sensibilité à la douleur ez un certain nombre d'individus, chez lesquels il y ait suspension complète des facultés mentales. Voici ce l'il a noté de particulier. Il existait, chez les malades aminés, un retard dans la transmission des sensations ouloureuses au niveau de certaines zones symétriques analgésie ou bien d'hypéresthésie tactile et thermique n ce qui concerne la pathogénie de ces phénomènes, ucelli croit qu'il faut les considérer comme des troubles nctionnels du système nerveux spinal, et il trouve ne certaine analogie entre ces symptômes et ceux de syringomyélie. Ajoutons que, dans tous les cas étu- iés, il existait une exagération du réflexe rotulien, ac- mpagnée d'une diminution et même d'une abolition omplète des réflexes cutanés.

A l'*Association médicale de Milan*, **Dalle Ore** fait une mmunication sur le **traitement de l'exstrophie de a vessie.** Tous les procédés proposés jusqu'ici peuvent re divisés, d'après lui, en trois groupes. Au premier roupe appartiennent les méthodes plastiques à lam- eaux cutanés, à l'aide desquels on cherche à refaire paroi antérieure absente. Dans le deuxième groupe, il aut placer les méthodes cysto-pubio-plastiques, comme elles de M. Roulicq et de Trendelenbourg ; dans cette ernière méthode, on fait la section de la symphise acro-iliaque, dans le but de rapprocher et de pouvoir éunir les deux branches horizontales du pubis ; on forme, e cette façon, une nouvelle symphise pubienne. Enfin, u troisième groupe appartiennent les méthodes vérita- lement radicales, dont le but est d'obtenir la guérison omplète et de dévier le cours des urines. Dalle Ore asse en revue les méthodes de Simon, de Gluck et Teller Novaro, etc., et s'arrête sur l'expérience de Schwartz. Ce dernier, après avoir extirpé, chez des chiens, la vessie, a mis en communication l'urèthre avec la portion su- périeure des uretères. Un certain temps après l'opération, on put constater la formation d'une petite vessie, cons- tituée par la dilatation et l'épaississement de la portion inférieure des uretères, vessie qui possédait toutes les propriétés anatomiques et physiologiques d'une vessie normale. Plus tard, il s'est formé un espèce d'étran- glement, constitué surtout par des fibres musculaires striées, qui fonctionnent comme un véritable sphincter vésical. C'est donc une méthode à employer chez l'homme.

Dalle Ore estime que, chez des enfants délicats et jeunes, il convient d'employer des méthodes plastiques à lambeaux cutanés ; parmi ces méthodes, c'est celle de Thiersch qu'il préfère. Après avoir terminé sa communication, l'auteur présente un petit garçon qu'il a opéré pour exstrophie totale de la vessie, et qu'il ne considère pas, du reste, comme radicalement guéri, mais ayant simplement bénéficié de l'opération.

A l'*Académie de médecine de Turin*, **Carbone** relate ses recherches sur l'**origine de la graisse dans les processus dégénératifs.** Après avoir intoxiqué des chiens par le phosphore, il a dosé, par les méthodes ordinaires, la graisse et la lécithine, pour établir les rapports entre les deux substances. Il a pu constater que, dans les cas avancés d'intoxication par le phosphore, on trouve, comme l'ont du reste démontré d'autres observateurs, une diminution de la lécithine ; on constate, au contraire, une augmentation sensible de la lécithine, dans les cas où l'intoxication est légère, et, en général, dans les premières phases de toute intoxication phosphorique. il paraît donc probable que la lécithine résulte, d'abord, de la décompositon du protoplasma, et que c'est là, par conséquent, qu'il faut chercher l'origine de la graisse. Lorsque la décomposition de la lécithine vient à être supérieure à sa production, il en résulte, naturellement, une diminution de cette substance, comme on peut le constater dans le foie des phosphoriques en état avancé de dégénérescence. L'augmentation de la lécithine est encore plus sensible dans les infarctus rénaux.

En ce qui concerne l'animal sain, Carbone insiste sur la notable quantité de lécithine contenue dans le foie de chiens adultes : 22 gr. 5 ; ce chiffre est plus élevé chez les animaux jeunes.

L'inanition, qui a duré jusqu'à huit jours, ne semble pas avoir diminué sensiblement la quantité de licithine.

Signalons, enfin, à la même Société une autre communication de **Carbone sur la présence d'un pigment dans les urines de personnes atteintes de la maladie d'Addison.** Carbone a eu l'occasion d'examiner les urines de deux malades, et il a constaté la présence d'un pigment qui, par ses réactions chimiques et spectroscopiques, et surtout par sa teneur en soufre peut, avec de très grandes probabilités, être identifié avec le pigment du mélano-sarcome qui, comme on le sait, se trouve en notable quantité dans les urines de malades atteints de cette affection. Carbone insiste sur l'importance de ce fait : la constatation du pigment peut servir comme moyen de diagnostic dans les cas douteux de maladie d'Addison ; en outre, ce fait est important pour la question concernant l'origine de pigment dans la peau saine.

Ce fait apporte un grand appoint à la théorie de l'origine mésodermique du pigment cutané.

Répertoire thérapeutique

Du moment où l'on est arrivé à connaître, d'une façon précise et certaine, la nature intime des éléments minéraux qui concourent à la formation de notre organisme, la Thérapeutique a vu l'influence considérable que doivent exercer les aliments sur notre économie tout entière, suivant qu'ils fournissent peu ou beaucoup, ou toute la somme des phosphates nécessaires à notre rénutrition.

Expérimentalement, Chossat et Boussingault ont démontré combien il était facile de uétruire, ou tout au moins d'empêcher l'ossification chez un jeune animal, né vigoureux, en le privant simplement des phosphates contenus dans les aliments.

Malheureusement, si ces deux habiles expérimentateurs sont arrivés à produire facilement l'ostéomalacie et le rachitisme, ils n'ont pu découvrir le remède, c'est-à-dire arriver à enrayer ces maux par le traitement contraire, nous disons, en additionnant tous les aliments d'une certaine quantité de phosphate.

C'est que, par malheur, les phosphates ou la plupart d'entre eux ne sont pas assimilables, et passent inertes dans l'économie.

Aussi, que de préparations phosphatées, usitées en thérapeutique ! Mais des nombreuses préparations phosphatées, préconisées sous les formes les plus variées, une longue expérience, a prouvé que si leur valeur thérapeutique n'est pas nulle, elle est du moins fort contestée. Enfin, on doit tenir pour certain (et cela est prouvé par les résultats négatifs des expériences thérapeutiques), que les formes qu'on impose à ces préparations ne leur permettent pas de s'assimiler. Cependant, il y a des auteurs qui pensent le contraire et Rabuteau et Dusart prétendent que le phosphate de chaux est assimilé et favorise la renutrition de l'économie.

Il est à remarquer cependant que, parmi tous les sels phosphatés employés, un seul est véritablement assimilable : c'est le phosphate tribasique de chaux, seul élément calcico-phosphaté, qui soit fourni par les aliments et qu'on ait découvert dans l'organisation (Wurtz et Gautier).

En présence de ces opinions si contradictoires, Sanson conclut avec raison, qu'on doit laisser de côté les formes insolubles, et se servir d'aliments phosphatés naturels, lait, semences céréales ou légumineuses, toutes les fois qu'on devra fournir un surcroît d'acide phosphorique pour la rénutrition de l'économie.

Un problème surgissait de cette assertion et en parvenant à découvrir dans quelle condition le phosphate de chaux existait dans le lait, et comment ce sel se maintenait dissous dans cette sécrétion, on arrivait à résoudre cette question si importante en thérapeutique : la préparation de phosphate de chaux assimilable, c'est-à-dire de phosphate de chaux physiologique.

Les travaux récents de Soxhlet, Henckel, Scheiber, et tout dernièrement de Vaudin[1], ont établi que le lait contient de l'acide citrique et que cet acide est à l'état de sel alcalin. Vaudin[2] a en outre démontré que c'est ce citrate soluble, dont les propriétés sont bien connues et utilisées en chimie analytique, qui, en présence du sucre du lait, maintient en dissolution le phosphate de chaux... et plus loin, il ajoute : le phosphate de chaux contenu dans le lait, est le sel tribasique (phosphate des os).

Nous savons d'une part que le phosphate tribasique de chaux est le seul sel calcico-phosphaté qui soit assimilable ; d'autre part, nous savons aussi que, sous l'influence de la chaleur (Vaudin[3]) on peut arriver à le faire déposer et qu'il existe ainsi sous forme de solution neutre ou très faiblement acide. Nous concluons de là que nous sommes en présence du phosphate de chaux physiologique.

En effet, si nous réunissons dans un même composé la plupart des sels contenus dans le sérum lacté — phosphate de chaux, de soude, de potasse, etc., nous obtiendrons, en présence du sucre de lait, une préparation contenant du phosphate tribasique de chaux à l'état soluble.

Pour rappeler le rôle important de la lactose dans ce phénomène, le produit a été désigné sous le nom de phospho-lactose, ou par abréviation phosphatose.

La phosphatose est le produit qui a été découvert par Vaudin, et qui est présentée sous la forme d'une solution opalescente, analogue au lait, à réaction neutre ou faiblement acide et contenant le phosphate de chaux à l'état de sel tribasique, en un mot le phosphate physiologique contenu dans le lait.

Quand nous aurons dit, avec Dujardin-Beaumetz, que les phosphates sont parties constituantes de notre économie et qu'étant indispensables à notre existence, il est rationnel de les administrer dans toutes les débilitations de l'organisme, nous aurons indiqué leurs indications thérapeutiques.

En résumé, dans la grossesse et l'allaitement, pendant la dentition et le sevrage des enfants, la phosphatose contribuera puissamment tant à la formation du squelette que des muscles et à la régularisation des fonctions digestives ; enfin, chez les enfants, elle assurera la bonne formation des os et facilitera la dentition.

Elle présidera à l'amélioration du rachitisme et fera disparaître les troubles de la croissance et toutes les affections osseuses. En outre, la phosphatose sera judicieusement administrée dans toutes les convalescences.

La manière la plus efficace d'administrer la phosphatose Vaudin, c'est de la prendre délayée dans du lait, ou mélangée aux potages. On peut encore l'absorber dans du pain azyme.

Les doses sont pour les enfants de une à deux cuillerées à café par jour et pour les adolescents et les adultes, deux à quatre cuillerées à café par jour.

1. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1894.
2. *Loco citato.*
3. *Bulletin de Thérapeutique*, Mai 1894.

L'Éditeur-Gérant : Georges Carré.

Paris. — Imprimerie L. Marthereux, 1, rue Cassette.

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Les matières premières qui concourent à la préparation de cet Elixir sont : la viande crue, l'eau-de-vie et les écorces d'oranges amères. Aux malades qui ne peuvent vaincre leur répugnance pour les aliments, aux Phtisiques, aux Anémiques, aux Cancereux, il réussit constamment 4 à 8 cuillerées par jour selon les cas. — *Paris, 20, place des Vosges et Pharmacies.*

TUBERCULOSES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ

Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr de sel de chaux.
LA MIEUX TOLEREE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTEES

Anticatarrhale et **Antiseptique**, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et **Reconstituante**, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris ET PHARMACIES.

PEPTO-SANTAL VICARIO

La réparation obtenue par digestion pancréatique, pouvant seule être absorbée à haute dose, la meilleure et la plus active contre les MALADIES des VOIES URINAIRES.
Dose : de 6 à 18 Capsules (de 0,20) par jour.
Pharm^ie VICARIO 13, B^d Haussmann (*près la rue Taitbout*), Paris.

TUMEURS -- CANCERS TRAITEMENT PAR LE **THUYA WUHRLIN**

Observations cliniques par les D^rs Chéron, Constantin Paul, Martin-Hauzer, Baratoux, Borilly, Fuaquez, Rizat, Perrussel, etc. Env. grat. de la brochure. Ph. WUHRLIN, 11, r. Lafayette, PARIS.

LYSOL

ANTISEPTIQUE. — *Échantillon* franco à *MM. les Médecins qui en font la demande.*
22 et 24, PLACE VENDOME

COTON IODÉ DU DOCTEUR MÉHU

Préparé par J. THOMAS, *Pharmacien de 1re classe*
ADOPTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS
DÉPOT GÉNÉRAL : 48, Avenue d'Italie, PARIS

LUCHON (PYRÉNÉES)
Lymphatisme, Rhumatisme
Syphilis, Maladies de la Peau
Affections des Voies aériennes.
HUMAGE

EUCAÏNE MOINS TOXIQUE MOINS CHER que la *NOUVEAU SUCCEDANÉ* DE LA **Cocaïne**
SE TROUVE CHEZ TOUS LES PHARMACIENS

GLYCÉRO-PHOSPHATES

ELIXIR à base de GLYCÉROPHOSPHATES de S
de CHAUX et de MAGNÉSIE
Associés à l'ELIXIR de STOUGHTON et au SULFATE de STRYC

SIROP à base de GLYCÉROPHOSPHATES de C
et de MAGNÉSIE
Indispensable à la Thérapeutique infantil

GRANULÉ de GLYCÉROPHOSPHATE de C
neutre et entièrement assimilab

SOLUTION Injectable de GLYCÉROPHOSPHATE d
Maladies de la Moelle. — C rebelles. — Aliénation m

PHARMACIE BRUEL, à BÉCON-les-BRUYÈRES (Seine)
et dans toutes les Pharmacies. — Vente en gros : 9 et 11, Rue de la Perle,

Airol

Marque "GRIFFON

Antiseptique interne et externe
a tous les avantages de l'Iodoforme sans en avoir les inconvénients.

L'AIROL n'est pas toxique et est inodor
L'AIROL est un cicatrisant des plaies.
L'AIROL n'irrite pas les muqueuses.
L'AIROL est d'un emploi beaucoup moi
dispendieux que l'Iodoforme. — *EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACI*

LISERONINE du D^r DAVYSONN

Remède souverain pour la guérison de la GOUTTE, de la GRAVELLE et des RHUMATISMES GOUTTEUX
Complètement inoffensif pour les voies digestives et les autres organes.
PHARMACIE NORMALE, 19, Rue Drouot, PARIS

LACTO-FER du D^r GISCARD

Marque de Fabrique déposée

C'est la préparation ferrugineuse par excellence. Elle ne fatigue pas l'estomac et ne constipe jamais.
Employée avec le plus grand succès dans toutes les maladies qui ont pour cause l'appauvrissement du sang.
DOSE : 2 à 8 pilules par jour. — FLACON DE 100 PILULES : 3 FR.

VENTE EN GROS : CHASSEREAU-MÉNARD, Commissionnaire, 48, Faubg Poissonnière.

Comp^ie Française des **TISSUS ANTISEPTIQUES ET MICROBICIDES** Brevetée S. G. D. G.

Fabrication des Tissus basée sur les Théories Pastoriennes.

HYGIÈNE PUBLIQUE
Draperie, Tentures, Tapis, Ameublement.

HYGIÈNE PRIVÉE
Flanelle, Lingerie, Literie, Vêtements.

Hopitaux, Casernes, Chemins de fer, Administrations, Appartements.

PRÉSERVATION DES MALADIES CONTAGIEUSES ET ÉPIDÉMIQUES

Vente en Gros : MM. J. HAYEM et C^ie, *Paris*; A. GRANDJEAN et C^ie, *Reims*; BLIN et BLIN, *Elbeuf*, seuls Concessionnaires.

DRAGÉES DE DUROZIEZ
AU PROTOXALATE DE FER

Chaque Dragée contient 10 cent grammes de Protoxalate de Fer. Une a deux Dragées au début d deux principaux repas.

3 fr. LE FLACON
Pharmacie DUROZIEZ
58, Boulevard Saint-Michel, PARIS.

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MARETHEUX, directeur, 1, rue Cassette.